

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE  
NICARAGUENSE  
URACCAN

Carrera de Licenciatura de Enfermería  
Con Mención en Epidemiología

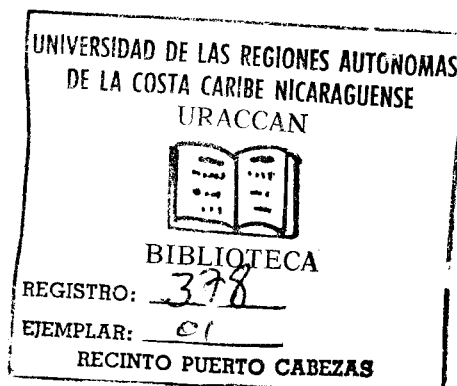
MONOGRAFIA

Propuesta de Modelo de Salud autonómico, comunitario e intercultural  
en las Comunidades Miskitas de la  
Cuenca Media del Río Coco, Junio 1999, en la Región Autónoma Atlántico Norte,  
Nicaragua Centro America

**Autora**  
**Enfermera Delia Cunningham Kain**

**Tutora**  
**Doctora Myrna Cunningham Kain**

Agosto 1999  
Bilwi, Region Autonoma Atlantico Norte RAAN  
Nicaragua, Centroamerica



---

# INDICE

	Página
Expresión de Líder Comunitario	1
Agradecimiento	2
Dedicatoria	3
Introducción	4
1. Descripción de la Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense	
1.1 <u>Descripción Geográfica</u>	5
1.2 <u>Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas</u>	5
1.2.1 Los Miskitos	5
1.2.2 Los Mayagnas	6
1.2.3 Los Ramas	6
1.2.4 Los Creoles	6
1.2.5 Los Garífunas	7
1.2.6 Los Mestizos	8
1.3 <u>Migración... La Caminata por la Vida</u>	8
1.4 <u>Datos Demográficos Nacionales</u>	8
1.5 <u>Descripción Histórica</u>	
1.5.1 La Época Colonial	8
1.5.2 La presencia de las Empresas Transnacionales	9
1.5.3 La Medicina Indígena y la Imposición Europea	10
1.5.4 La Iglesia y la Salud de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas	10
1.5.5 Somoza y su Interés en la Costa Atlántica	11
1.5.6 La Revolución Sandinista	12
1.6 <u>Situación de Salud en las Comunidades del Wangki</u>	12
1.6.1 Demografía	12
1.6.2 Fecundidad	13
1.6.3 Esperanza de Vida	13
1.6.4 Indicadores de Calidad de Vida	14
1.6.4.1 Desnutrición y Seguridad Alimenticia	14
1.6.5 Salud Mental	15

1.6.6	Equidad en la Atención de Salud	17
1.6.6.1	Cobertura	19
1.6.6.2	Eficiencia del Sistema	20
1.6.7	Morbilidad	21
1.6.7.1	Enfermedades diarreicas Agudas	22
1.6.7.2	Enfermedades Respiratorias Agudas	23
1.6.7.3	Malaria	23
1.6.8	Mortalidad	24
1.6.9	Servicio de Salud Endógenos	26
1.6.9.1	Vigencia del Sistema de Salud Indígena	26
1.6.9.2	Las terapias y las formas de Diagnostico	26

### 1.7 Situación de las Comunidades Indígenas del Municipio de Waspam

1.7.1	Aspectos Geográficos	27
1.7.2	Aspectos Sociales	30
1.7.3	Antecedentes Históricos	31
1.7.3.1	Acontecimientos Históricos Más Importantes en la Vida de la Comunidades del Río Coco	31
1.7.3.2	La Guerra de Sandino	32
1.7.3.3	La presencia de las Empresas Transnacionales	32
1.7.3.4	La Sentencia de la Corte Internacional de Justicia en la Ilaya	32
1.7.3.5	La Revolución Sandinista	33
1.7.3.6	Los Desastres Naturales	33
1.7.3.7	La Presencia de las Iglesias	33
1.7.4	La Cosmovisión Indígena	34
1.7.4.1	Situación Socio Económica	
1.7.5	Tenencia de la Tierra	36
1.7.7	Uso de la Tierra	38
1.7.7.1	Area de Bosque Virgen	38
1.7.7.2	Area de Cultivo	38
1.7.7.3	Area de Vivienda	38
1.7.8	Bosque	38
1.7.9	Agricultura	39
1.7.10	Ganadería	39
1.7.10.1.1	Ganadería Menor	40
1.7.11	Agua	40
1.7.12	Comercialización	40
1.7.13	Guirisería	41
1.7.14	Educación	41
1.7.14.1	Educación Endógena	42
1.7.15	Formas de Comunicación	43
1.7.16	Las Organizaciones en las Comunidades	43
1.7.16.1	La familia	43
1.7.16.2	Organización Comunal	45
1.7.16.2.1	El Consejo de Ancianos	45
1.7.16.2.2	El Juez o Wihta	45

1.7.16.2.3. El Síndico	45
1.7.16.2.4. El Coordinador	46
<b>1.8. <i>La Cuenca Media del Río Coco</i></b>	
1.8.1. Cosmovisión de los Pueblos Indígenas de la Cuenca Media del Río Coco	46
1.8.2. Conocimientos, Saberes y Dones	48
1.8.3. Religión	49
1.8.3.1. La Vida y La Muerte	49
1.8.4. Relación Mujer - Hombre en la Comunidad	50
1.8.4.1. La Familia	50
1.8.4.2. Rol de la Mujer	50
1.8.5. Salud y Enfermedad	50
1.8.6. Costumbres y tradiciones	51
1.8.6.1. Lengua	51
1.8.7. La Espiritualidad Indígena	52
1.8.7.1. La tradición Oral y la Salud	53
1.8.7.2. La Salud, la Revitalización Cultural y la Identidad	53
1.8.7.3. La Salud Indígena es Integral	54
1.8.7.4. Situación Sanitaria: Abastecimiento de Agua Limpia, Letrinas y Drenajes.	55
1.8.7.4.1. Abastecimiento de Agua de las Comunidades de la Cuenca Media	57
1.8.7.4.2. Utilización de Letrinas	58
1.8.8. Vulnerabilidad de las Comunidades	60
1.8.8.1. Ubicación	60
1.8.8.2. La Pobreza Extrema	60
1.8.8.3. La poca presencia de servicios públicos por parte del Estado	60
1.8.8.4. La Deforestación en la Márgenes del Río Coco	61
1.8.8.5. La Ausencia de un Plan de Desarrollo Municipal	61
1.8.8.6. La Ausencia de un Plan de Prevención y mitigación de Desastres	61
1.8.8.7. Accesibilidad a la Educación Sanitaria	62
1.8.8.8. La prestación de servicios de salud en las comunidades	62
1.8.9. Servicios de ONG's y otras Instituciones	64
1.8.9.1. Acción Médica Cristiana	64
1.8.9.2. Fundación Wangki Luhpia	65
1.8.9.3. Servicio de Voluntarios de Italia	65
1.8.9.4. Médicos Sin Frontera	65
1.8.9.5. IDSIM	65
1.8.9.6. Pana Pana	65
1.8.9.7. GTZ/MARENA/BOSAWAS	66
1.8.9.8. Proyecto Wangki	66
1.8.9.9. CONADES	66

<u>1.8.9.10.</u>	Cruz Roja Americana	66
<u>1.8.9.11.</u>	URACCAN	66
<u>1.8.9.12.</u>	ALISTAR	66
<u>1.8.9.13.</u>	FURCA	66
<u>1.8.9.14.</u>	CEPAD	66
<u>1.8.9.15.</u>	FADCANIC	66
<u>2.</u>	<u>Planteamiento del Problema</u>	68
<u>3.</u>	<u>Justificación</u>	68
<u>4.</u>	<u>Objetivo General</u>	69
<u>5.</u>	<u>Objetivos Específicos</u>	69
<u>6.</u>	<u>Marco Teórico</u>	
<u>6.1.</u>	Marco Político Normativo	69
<u>6.2.</u>	En el Ambito Internacional	70
<u>6.3.</u>	En el Ambito Nacional	74
<u>6.4.</u>	Al nivel de la Región Autónoma Atlántico Norte	74
<u>6.5.</u>	Modelo de Salud de la RAAN	74
<u>6.6.</u>	En el Ambito de las Comunidades Indígenas del Wangki	75
<u>7.</u>	<u>Hipótesis</u>	77
<u>8.</u>	<u>Metodología</u>	
<u>8.1.</u>	Tipo de Estudio	77
<u>8.2.</u>	Periodo de Ejecución	77
<u>8.3.</u>	Técnicas de Recolección de Datos	78
<u>8.4.</u>	Análisis Documental	78
<u>8.5.</u>	La Encuesta	78
<u>8.6.</u>	Grupos Focales	78
<u>8.7.</u>	Taller Territorial	78
<u>8.8.</u>	Procesamiento de datos	79
<u>9.</u>	<u>Area de Estudio - Cuenca Media del Río Coco</u>	
<u>9.1.</u>	Universo	79
<u>9.2.</u>	Muestra	79

10. Propuesta de modelo de Salud Autnómico Comunitario e Intercultural en las Comunidades Miskitas de la Cuenca Media del Rio Coco. (Región Autónoma Atlántico Norte, Nicaragua)

<u>10.1.</u>	Presentación	80
<u>10.2.</u>	Principales problemas de salud en la Cuenca Media	81
<u>10.3.</u>	Prioridades de Salud	81
<u>10.4.</u>	Principio del Plan de Salud de la Cuenca Media	82
<u>10.5.</u>	Objetivos del Plan de Salud	83
<u>10.5.1.</u>	Propósitos	83
<u>10.5.2.</u>	Objetivos del Plan de Salud de la Cuenca Media	83
<u>10.5.3.</u>	Resultados Esperados	83
<u>10.6.</u>	Actividades del Plan de Salud de la Cuenca Media	84
<u>10.6.1.</u>	Resultados Esperados 1	84
<u>10.6.2.</u>	Resultados Esperados 2	85
<u>10.6.3.</u>	Resultados Esperados 3	86
<u>10.6.4.</u>	Resultados Esperados 4	86
<u>10.6.5.</u>	Resultados Esperados 5	87
<u>10.6.6.</u>	Resultados Esperados 6	87
<u>10.6.7.</u>	Resultados Esperados 7	88
<u>10.7.</u>	Estrategia para la Implementación del Plan de Salud	88
<u>10.8.</u>	Funcionamiento del Plan de Salud	89
<u>10.8.1.</u>	Garantizar accesibilidad geográfica	89
<u>10.8.2.</u>	Accesibilidad Cultural	89
<u>10.8.3.</u>	Accesibilidad Económica	90
<u>10.8.4.</u>	Revitalización de la Medicina Tradicional	90
<u>10.9.</u>	Gestión del Plan de Salud de la Cuenca Media	90
<u>10.9.1.</u>	Las Autoridades Comunes	90
<u>10.9.2.</u>	Consejo Regional de Salud	91
<u>10.9.3.</u>	Comisión de Salud del Municipio de Waspam	91
<u>10.9.4.</u>	La Alcaldía de Waspam	91
<u>10.9.5.</u>	MINSAs/SILAS	92
<u>10.9.6.</u>	Organizaciones No gubernamentales	92
<u>10.9.7.</u>	URACCAN/IMTRADC	92
<u>10.10.</u>	Financiamiento del Plan de Salud de la Cuenca Media	93
<u>10.10.1.</u>	Cooperación Externa	93
<u>10.10.2.</u>	Ministerio de Salud	93
<u>10.10.3.</u>	Estrategia de Desarrollo	93
<u>10.10.3.1.</u>	Equidad	94
<u>10.10.3.2.</u>	Participación Social	94
<u>10.10.3.3.</u>	Calidad	94
<u>10.10.3.4.</u>	Eficiencia	95
<u>10.10.3.5.</u>	Sostenibilidad	95
<u>10.10.4.</u>	Actores involucrados	
<u>10.10.5.</u>	Indicadores (Matriz de Resultados)	97

11. Conclusiones y Recomendaciones

107

12. Bibliografía

109

13. Anexos

La hierba es medicina nuestra, usada por nuestros antepasados.  
No se necesita doctor para curar enfermedades, se encontraba los tipos de  
enfermedades con el pulso.  
Mantenemos nuestras creencias con los Sukias, Curanderos, Parteras, Hechiceros.  
Tenemos ese derecho.  
El diagnóstico de los doctores lo respetamos y es científico.

Palabras de un líder comunitario  
Cuenca Media del Río Coco



## AGRADECIMIENTO

Agradezco a toda esa gente humilde pero tan llena de ganas de vivir y salir adelante como es la del pueblo del Río Wangki, que con todas las dificultades que pasan a diario están ahí y viven con la esperanza de lograr que algún día se les reconozca su presencia y autodeterminación.

A la Dra. Myrna Cunningham Kain por su abnegación y trabajo que ayudó a entender y comprender el valor de todo esfuerzo, en aras del conocimiento de la vulnerabilidad en la que han sobrevivido mujeres y hombres del pueblo miskito.

Al Profesor Guillermo Ramos Bucardo que con tanto cariño y dedicación nos hizo entender con todo profesionalismo el valor del aprendizaje, que no existe edad para poder alcanzar esa meta que muchas veces la sentimos tan lejana, le damos las gracias por ser nuestra guía.

Al joven Licenciado Henderson Tobie administrador del IEPA en la RAAN que nos apoyó siempre en nuestra investigación, su preocupación por nuestras vidas sin pensar en la suya en los momentos más críticos, al ser secuestrados en el proceso de esta investigación, que Dios siempre te bendiga a vos y a tu familia.

A los alumnos del Diplomado en Derecho Indígena de San Carlos a cada uno de ellos, nuestro agradecimiento por su sabiduría ancestral que tienen estos dignos hijos del Wangki, que fueron pilares de esta investigación.

Al Dr. Pablo Cuadra por su confianza en nosotros, sus consejos, dedicación y solidaridad.

A la Lic. Damaris Cortez, por sus acertados aportes y valiosos comentarios que serán ayuda diaria en nuestras vidas.

A los organismos e instituciones que participaron con sus aportes en consultas directas, entrevistas, especialmente MINSA-SILAIS, ACCION MEDICA CRISTIANA, FUNDACION WANGKI LUHPIA,

A todas esas personas que de alguna forma estuvieron involucrados en este estudio, compañeros y compañeras de clases, bibliotecaria, la señora que nos sirvió el vigorón por dos años y a cada docente que con tanta dedicación, paciencia y cariño fueron formándonos.

A mis compañeros de trabajo por el apoyo, aliento y solidaridad que me brindaron a diario.

A la URACCAN, nuestra Universidad, proyecto nacido para la educación del pueblo costeno, que se demuestra en el desarrollo diario en la búsqueda de alternativas que beneficien a la Región dentro de un marco de respeto, y autonomía del pueblo costeno.

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi Padre Bill Cunningham, a mi Madre Judith Kain, mi fuente de inspiracion, que sin ellos estoy segura hoy esto nunca hubiera sido realidad.

A mis hermana Annette y mi Tia Floreta.

A mis hermanas queridas Myrna y Rose, ejemplo de fortaleza, persistencia y abnegacion.

A mi esposo Dennis, por su apoyo incondicional, mis hijos Lileen, Annette y Dennis, que son el eje de motivacion de mi vida, por el apoyo que me han brindado, todos esos momentos de soledad que ha significado para ellos estos dos años de estudio e investigacion.

A todos mis sobrinos Wilfred, Wangki, Carlos Jose, Monica, Judith, Otis, Ana Lucia, Machi, Wilfred Ivan, Selene , Annetsita y Bryan Alexander, que fueron parte de mi inspiracion.

Delia Cunningham Kain

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi Padre Bill Cunningham, a mi Madre Judith Kain, mi fuente de inspiración, que sin ellos estoy segura hoy esto nunca hubiera sido realidad.

A mis hermana Annette y mi Tia Floreta.

A mis hermanas queridas Myrna y Rose, ejemplo de fortaleza, persistencia y abnegación.

A mi esposo Dennis, por su apoyo incondicional, mis hijos Eileen, Annette y Dennis, que son el eje de motivación de mi vida, por el apoyo que me han brindado, todos esos momentos de soledad que ha significado para ellos estos dos años de estudio e investigación.

A todos mis sobrinos Wilfred, Wangki, Carlos Jose, Monica, Judith, Otis, Ana Lucia, Machi, Wilfred Ivan, Selene , Annetsita y Bryan Alexander, que fueron parte de mi inspiración.

Delia Cunningham Kain

## Introducción

Historicamente los programas ofertados por el Estado en la Region Autonoma Atlantico Norte de Nicaragua, particularmente en el Rio Coco, han enfrentado serias limitaciones culturales y sociales que han impedido brindar un buen servicio a la poblacion.

Paralelamente, debido a practicas ancestrales conservadas en la cultura comunitaria miskita, se ha llegado a adquirir un gran respeto por el entorno donde viven. Esas practicas culturales han permitido y contribuido por generaciones a la sobrevivencia del sistema de Medicina Tradicional a través de los Sukias, Curanderas, Lideres y Parteras.

Los lideres, curanderas y parteras autoctonos de la Region, representan desde tiempos ancestrales, el único recurso humano con los que pueden contar las comunidades, de forma permanente para atender su salud.

Una de las grandes limitaciones que tienen el Gobierno para brindar un buen servicio de salud radica en la incapacidad de reclutar personal profesional, sobre todo externo a la region. Esto se debe a la escasez de recursos financieros que el sector tiene asignado; el aislamiento e incomunicación con las comunidades; además la barrera del idioma.

A lo anterior se suma el hecho de que diferentes actores de la salud, generalmente externos a la región, han tenido opiniones diferentes y han contribuido con ello a la desprotección de la salud en la Región. Las actitudes de superioridad, etnocentrismo, desvalorización del conocimiento tradicional, la apatía y falta de respeto, mostrada por parte de esos actores externos hacia la identidad, cultura y lengua de los habitantes del Río Coco, han servido únicamente para incrementar la desconfianza y recelo a toda acción externa por parte de la población local.

El propósito de esta investigación es formular una propuesta de salud que permita involucrar a los pobladores de la Cuenca Media del Río Coco, para que ellos sean los actores directos de sus propuestas. Se persigue la recuperación del espacio que es de cada uno de ellos, que por muchos años se les ha venido quitando y así recuperar la voz, la conciencia y la autodeterminación.

En el estudio que aquí se presenta se pretende incentivar la participación de los miembros, lideres y dirigentes locales a fin de que ellos sean los que caractericen su situación, sus problemas, y determinen las alternativas de solución. La meta es lograr un alto grado de participación comunitaria para el diseño de un Plan de Salud que podría reforzar el Modelo de Salud de la RAAN, contribuyendo de esta forma a mejorar el nivel de vida de los pobladores, respetando su identidad.

## 1. Descripción de las Regiones Autónomas de la Costa caribe Nicaraguense

### 1.1 Descripción Geografica

Nicaragua tiene una extensión de 131,779 kilómetros cuadrados, siendo el país más extenso de la Región de Centro América. Limita al norte con Honduras, al sur con Costa Rica, al este con el Océano Atlántico y al oeste con el Océano Pacífico. Nicaragua se divide geográficamente por tres zonas específicas: la del Pacífico donde se concentra la mayor parte de la población con la capital Managua y las ciudades Granada, Masaya y León; la Zona Central con la cadena montañosa; y la Zona Atlántica de planicies extensas, de tierras bajas, con clima tropical húmedo y precipitaciones anuales que van desde los 2,500 a 6,000 milímetros anuales.

La Zona Atlántica mejor conocida como la Costa Caribe de Nicaragua, se extiende en un territorio de 67,039 kilómetros cuadrados. Esta zona se divide en dos Regiones Autónomas, la Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS).

La RAAN se localiza en la parte noreste de Nicaragua siendo la mayor porción territorial de la Costa Atlántica. Limita al norte con la República de Honduras, donde el Río Coco, también conocido como Segovia o Wangki, sirve de frontera internacional. Al occidente colinda con los departamentos de Jinotega y Matagalpa; al sur con la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), siendo el Río Grande de Matagalpa, la demarcación limitrofe y al este con el Océano Atlántico o Mar Caribe.

La RAAN tiene una superficie de 32,159 km. Lo que representa el 28% del territorio nacional. Esta superficie está cubierta de bosques, de los cuales 4,500 km. es de pino, el resto, aproximadamente 62% es bosque latifoliado. El 80% de los suelos son de vocación forestal, equivalentes a 2 millones de hectáreas.

La Costa Caribe de Nicaragua es una región multiétnica, multilingüe, y pluricultural. La población autoctona de la Región está representada por los miskitos, sumos-mayangnas y los ramas. También existen otros grupos no autóctonos tales como los garífunas, creoles y mestizos.

### 1.2 Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas

#### 1.2.1. Los Miskitus

Antes de la conquista la Costa Atlántica estaba escasamente habitada por varios grupos de características culturales y lingüísticas similares a la categoría Macro - chibcha. Originalmente los miskitos habitaban el litoral norte del Atlántico entre Cabo Gracias a Dios y Sandy Bay, y sectores de Río Coco Abajo. En el siglo XVIII los miskitos se extendieron hacia el norte del Río Tinto en Honduras y hacia el sur en Nicaragua hasta Laguna de Perlas. Comenzaron a habitar las riveras del Río Coco en el siglo pasado

hasta Bocay. Actualmente existen unas 143 comunidades dispersas en la RAAN con mayor concentración en los municipios de Waspam, Prinzapolka y Puerto Cabezas, esta última conocida como Bilwi por los miskitos.

Las actividades de supervivencia económica y de organización de los miskitos están directamente relacionadas con el uso de los recursos naturales de los cuales hacen uso de forma moderada ya que se identifican estrechamente con su entorno natural.

### 1.2.2. Los Mayangnas

En el periodo de la conquista existían tres grupos que conformaban la entidad lingüística Misumalpan que a su vez formaba parte del grupo Macro-chibcha. Esos grupos eran los Matagalpas y los Chontales, los Ulwa situados en los afluentes del Río Escondido, al Norte del Río Coco y hacia el oeste en la actual región de Somoto, y los Twahska, ubicados desde el Norte del Río Prinzapolka hasta la región sudeste de Honduras, cada uno dividido en subgrupos, diferenciados por su lengua. Conzemiús (1932) menciona los siguientes grupo Mayangnas: Ulwa, Twahska, Panamahka, Bawihka, Kukra, Yusku, Prinsu, Boa, Silan, Ku.

Hoy no alcanzan la décima parte de la población miskita a consecuencia de las repetidas incursiones que sufrieron en el siglo pasado de parte de los miskitos, quienes los obligaban a refugiarse en la pluvioselva donde residen ahora en las comunidades entre los ríos Bocay y Waspuk.

La comunidad de Musawas, en el municipio de Bonanza es el lugar de mayor concentraciones de población mayangna. Estos conservan su lengua y su cultura ancestral. Su relación con la naturaleza es casi mítica formando parte de lo sagrado en su cosmovisión.

### 1.2.3. Los Ramas

Los Ramas representan el grupo de menor población entre los indígenas nicaraguenses. Igualmente que los sumos, los Ramas fueron diseminados y aniquilados en los siglos pasados por parte de los miskitos y las epidemias. Los pobladores ramas habitan la isla de Rama Cay, localizada al sur de Bluefields.

Los ramas han perdido virtualmente su idioma, pero conserva sus formas de producción y organización social.

### 1.2.4. Los Creoles

Con el proceso de colonización la Costa Caribe de Nicaragua se pobló por grupos afrocaribeños denominados creoles. Estos tenían su origen en los esclavos negros que fueron traídos fundamentalmente para elevar la producción del azúcar, durante los siglos

XVI Y XVII para provecho de las coronas, dueños de las plantaciones donde eran destinados.

Anteriormente esta labor era ejercida por los aborígenes pero fueron diezmados por el trabajo duro a que eran forzados, además de las enfermedades transmitidas por los colonizadores fueron exterminados casi en su totalidad. Los creoles se encuentran en Bluefields y Laguna de Perlas. Su lengua es el inglés creole. Esta es una adaptación del inglés en su lengua nativa africana transformándose en inglés creole.

#### 1.2.5. Los Garífunas

Los Garífunas llegaron a la costa Caribe de Nicaragua a inicio del siglo pasado y habitan hoy en Orinoco, La Fe, San Vicente y Bluefields en la Región Autónoma Atlántico Sur, RAAS. Los Garífunas provienen de la mezcla de indios caribes y los esclavos africanos.

No se ha podido determinar exactamente la época en que los garífunas entran a establecerse a Nicaragua.

Los movimientos garífunas que puede ser documentada van desde 1832-1860.

La causa principal del mayor movimiento Garífuna hacia la Costa Atlántica de Nicaragua<sup>1</sup>, fue por problemas políticos en el vecino país de Honduras en 1832 los conservadores fueron derrotados, de los que los garífunas eran aliados, por las fuerzas militares de Morazan que era liberal en las batallas de Trujillo, Tercales y la Ofresora.

En esta época tuvieron que pedirle permiso al Rey Miskitu para poder establecerse en la Costa Atlántica de Nicaragua. No estableciéndose en territorio fijo sino que se establecía en lugares donde había oportunidades de trabajo.

En 1860 existía una población Garífuna en Greytown al sur de Bluefields, en esta misma época se inician fuertes transformaciones políticas y económicas en la región con el corte de caoba, la extracción de oro, producción de banano, la explotación de caucho eran las nuevas actividades productivas, todo indica que los garífunas son contratados como cortadores de árboles de caoba, por largos periodos en el año.

En 1880, los garífunas se establecen permanentemente en las cercanías de la Cuenca de Laguna de Perlas. En 1881, Joseph Sambola funda el primer poblado Garífuna con el nombre de San Vicente.<sup>13</sup>

<sup>1</sup> Idiaques Jose 1991 "Los Garífunas de Nicaragua" en "Culto de los ancestros : En la cosmovisión Religiosa de los Garífunas de Nicaragua" Editorial Universidad Centroamericana, Nicaragua.

### 1.2.6. Los Mestizos

Producto del proceso de colonización por parte de los españoles, los mestizos llegaron a la Costa Atlántica en la segunda mitad del siglo pasado, conformada por campesinos pobres en la búsqueda de trabajo, atraídos por la producción de caucho, plantaciones bananeras y la minería. Estos se ubicaron en los centros productivos de la economía de enclave minero tales como Siuna, Bonanza, y Rosita.

### 1.3 Migración.....La Caminata por la Vida

Los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Caribe Nicaragüense son multiétnicos, bilingües y pluriculturales, y por consiguiente se han mantenido por años luchando por el respeto a su autodeterminación aunque muchas veces se ha manejado este término de una forma desde el punto de vista de los gobiernos en turno como una amenaza a la integridad nacional.

Las comunidades étnicas como los pueblos indígenas que habitan en la región están ahí por motivos similares, emigraron en busca de trabajo, por acciones belicas en épocas pasadas y recientemente también, la misma sobrevivencia ha permitido la adaptación a ciertas situaciones y asimilaciones, perdiendo así sus costumbres y hasta su lengua, pero no así su autodeterminación.

Esto ha significado por siglos un constante ir y venir, por la vida, convirtiéndose en cuestión de sobrevivencia e integridad cultural.

Esto ha motivado un debate sin final entre los líderes autóctonos de la región, por la falta de sensibilidad que se percibe en todos los círculos tanto de gobierno como Organismos, e Iglesias, que trabajan en la región, que no hayan comprendido que la falta de reconocimiento de que son ellos dueños de sus tierras ha sido motivo de la pérdida de su identidad cultural. Todavía el pueblo costeño tiene una esperanza, la Ley de Autonomía,

### 1.4. Datos Demográficos Nacionales

La población de Nicaragua está compuesta por 4.4 millones de habitantes, compuestos de: mestizos con un 77%, blancos con un 10%, creoles 9%, y diferentes grupos indígenas con 4%. La tasa anual de crecimiento es de 3.2% siendo una de las más altas de América Latina. El 45% de la población es menor de 15 años, el 63% habita en las áreas urbanas. Nicaragua es uno de los países más pobres de Latinoamérica, el 50.3% se encuentra en estado de pobreza, concentrada en el área rural.

### 1.5. Descripción Histórica de la Región Autónoma de la Costa Caribe Nicaragüense

#### 1.5.1. La Época Colonial



En el Pacífico de Nicaragua, los españoles realizaron la invasión basándose en la espada y la cruz, imponiendo su raza, su cultura, su religión, y su poder. Redujeron y eliminaron a más de un millón de indígenas. Los sobrevivientes perdieron su libertad, sus tierras, su lengua, su religión y sus estilos de convivencia.

Una vez que se establecieron en la Costa del Pacífico de Nicaragua, intentaron incursionar en la Costa Atlántica. Esa fue una experiencia muy dura para ellos, las condiciones eran inhóspitas a causa de los zancudos, los pantanos y la lluvia. La zona estaba escasamente poblada y encontraron un total rechazo por parte de los miskitos.

150 años más tarde, estas mismas características fueron las que aprovecharon los piratas europeos, especialmente los ingleses y holandeses, como lugar de refugio y abastecimiento. Estos bucaneros y piratas lograron crear relaciones de intercambio entre ellos y los pobladores de la región. Estas relaciones representaron la punta de lanza de lo que después se convertiría en la presencia colonial en la Costa de la Mosquitia, por parte de los ingleses. Esto comienza después de que en 1655 los ingleses capturaran Jamaica.

Al paso del tiempo, las alianzas comerciales entre miskito y piratas se convirtieron en alianzas militares. Los ingleses y miskitos se vuelven represores de los otros pueblos autoctonos de la región que habitaban la Costa Caribe Nicaragüense, obligándoles a refugiarse en la profundidad de las montañas.

Además incursionaban constantemente en ciudades españolas como Ciudad Antigua, Jinotega, Matagalpa en el norte; Boaco en el centro; San Carlos, Rivas, Granada en el sur. Estos ataques fueron realizados por fuerzas combinadas donde un 50% de soldados eran miskitos y los otros tanto ingleses. Estas constantes incursiones devastadoras comenzaron a crear la desconfianza hacia los denominados salvajes del Atlántico, lo que creó un antagonismo mutuo, que aun hoy en día persiste.

En el año 1687, bajo el dominio inglés corona en Jamaica al primer rey Miskito con el nombre de Jeremy I. Esta costumbre era desconocida por los miskitos, pero de esta forma se reforzó la relación ingleses - miskitos, favoreciendo el gobernar en la Costa indirectamente por parte de los ingleses.

A diferencia de los indígenas del Pacífico, dos de los tres "pueblos indígenas del Atlántico, los sumos y los miskitos, pudieron conservar mucha de las características fundamentales de sus modos de vida. Los ingleses mantuvieron un complejo sistema de alianza con los pueblos del Atlántico, con el que respetaron, relativamente sus formas de producción, su organización social, su idioma y sus costumbres tradicionales.

### 1.5.2. La Presencia de las Empresas Transnacionales

A pesar de que la época de las empresas, fue el periodo de mayor intensidad de extracción de recursos naturales, en la memoria colectiva esta identificada como la mejor época. La consideran muy buena, porque las empresas "*prestaban servicios de salud a*

*sus trabajadores o por la construcción de una pista de aterrizaje en la comunidad de San Carlos". En el DRP, un anciano de San Carlos señalaba, "teníamos de todo se nos hacia fácil... podíamos comprar lo que queríamos y necesitábamos".*

Las personas recuerda que al finalizar la guerra de Sandino, con la llegada del General Somoza García a la Presidencia de Nicaragua, las empresas reaparecieron. La presencia de éstas empresas en los años cuarenta significó para las familias de las comunidades de la Cuenca Media del Río Coco, la posibilidad de contar con un empleo, percibir un salario y poder comprar los artículos que no producían.

Los artículos, a su vez eran vendidos únicamente por las mismas empresas, a las cuales los trabajadores estaban obligados a comprarles, intercambiándolos por productos tales como banano, frijoles y arroz producido por los comunitarios-as.

Con la retirada de las empresas en los años 60 y 70 las familias de la Cuenca Media se quedaron con un gran vacío al no contar ni con empleos, ni servicios básicos y prácticamente desaparecida la actividad comercial.

### 1.5.3. La Medicina Indígena y la Imposición Europea

Con la llegada de los Europeos vienen también las enfermedades virales y bacterianas contra las que los indígenas no tenían anticuerpos para resistirlas y combatirlas, pero a la falta de caminos y el libre tránsito de personas, también dificultó el libre paso de las bacterias. Además, en caso de brote epidémicos, los Sukias hacían que abandonaran las comunidades y quemaban los caseríos, cortando de esta forma con la cadena de transmisión.

Entre las enfermedades más comunes transmitidas entre los miskitos estaban: Dermatitis, entre ellos el bupis en miskito y mara en sumo o el mal de pinto en español, cuyo agente *Treponema carateum* identificado en la segunda mitad de nuestro siglo. Su prevalencia fue tal que afectó a la mitad de la población indígena en ciertas zonas. La Malaria, la tradición oral recopilado por Pijoan 1946, señala que la fiebre fue causa principal de la muerte de ancianos. Las diarreas.

Con la llegada de los Europeos a América también trajeron enfermedades tales como: La viruela, la cual causó la muerte a más de la mitad de la población; el sarampión, enfermedad viral muy contagiosa que afectó con mayor fuerza a los grupos indígenas, la tosferina, Influenza, El Cólera. La viruela según Conzemius 1984-73 se erradicó en la Costa Atlántica a mitad del siglo XIX.

### 1.5.4. La Iglesia y la Salud de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas

En 1907, llega la Iglesia Morava a las comunidades de la Cuenca Media ubicándose en Sang Sang, extendiéndose rápidamente a casi la totalidad de comunidades, introduciendo

en ellas la salud, educación, facilitan la formación de profesiones como maestros, doctores, carpinteros, igualmente promueven formas de sembrar y preparar alimentos.

La iglesia Morava ha jugado un rol importante en las comunidades indígenas. Es la que tiene mayor presencia en la Cuenca Media, es la religión mas fuerte. Los pastores y sasmalkras de la Iglesia Morava son personas autóctonos de la región.

En 1935 se funda la primera iglesia católica en San Carlos. Esta es la segunda fuerza religiosa de la Región.

En la actualidad tambien ha hecho presente la Iglesia de Dios, los evangelistas, de pensamiento fundamentalista, no es muy aceptada por los comunitarios miskitos.

#### 1.5.5. Somoza y sus Intereses en la Costa Atlántica

La Costa Atlántica fue uno de los objetivos de Somoza para su enriquecimiento. El Instituto de Fomento Nacional (INFONAC) y el Instituto Agrario Nacional (IAN) fueron los principales aparatos para el despojo de tierras y recursos naturales, que Somoza utilizó para apropiarse de los recursos de las comunidades indígenas en la RAAN.

En el sur, hoy RAAS, Somoza se apropió de las tierras de la meseta de Kukra Hill despojando a las comunidades de Halover, Raiti Pura y Laguna de Perlas de sus tierras mas fértiles. Tambien se apodero de grandes extensiones de tierra en Corn Island y estableció plantas procesadores de mariscos en Bluefields y Corn Island. Mantuvo su alianza con las compañías mineras extranjeras y estableció una planta para la fabricación y reparación de barcos pesqueros, de fibra de vidrio en el Bluff.

En el ámbito nacional, Somoza mantuvo el monopolio del transporte aéreo y marítimo a través de LANICA Airline y MAMENIC LINE Marina Mercante Nicaragüense. De esa manera se aseguró del control económico en el país. A través de la Guardia Nacional Somoza tenía el control militar. Con el manejo del Partido Liberal y el control sobre el presupuesto del gobierno, tenía el control político del país.

En 1962, Somoza se compromete directamente en la invasión a Playa Giron, que es financiada por el gobierno norteamericano con la intención de derrocar la revolución cubana. La base para la invasión se establece en Puerto Cabezas. Las empresas norteamericanas existentes en la Región se involucraron directamente en la preparación de dicha invasión. Esta fue derrotada por la Revolución Cubana, lo que provoca que las empresas se sienten inseguras y proceden al cierre de operaciones y expatrian su capital. Una de las pocas empresa que quedo fueron Las Minas y la Atlantic Chemical Corporation (ATCHEMCO). La Costa Atlantica cae en la depresión económica.

Con todos los recursos que obtuvieron con la extracción de recursos naturales, no se dejó nada en la Región, ninguna infraestructura local, obreros entrenados pero no capacitados, no eran ni técnicos ni profesionales, sin desarrollo urbano, ni escuelas, ni hospitales, ni

fuentes de trabajo. Sufre la Costa una ola de emigración, sin alternativa de trabajo hasta la caída de Somoza.

#### 1.5.6. La Revolución Sandinista

El 19 de Julio de 1979 triunfa la Revolución Sandinista. Con el triunfo de la revolución surgió la contrarrevolución causando dolorosos acontecimientos pues se llegó a una guerra entre hermanos. Los abusos y represiones cometidos por el ejército Sandinista contra la población costeña provocó el levantamiento de los miskitos y sumos contra el gobierno revolucionario. Los miskitos y sumos fueron apoyados por el gobierno norteamericano desencadenándose una guerra por diez años que destruyó la organización social de todo un pueblo. Se desplazaron comunidades enteras a Honduras desarticulando familias, los secuestros, los ataques armados desarticulaban la economía de subsistencia.

En 1984 el gobierno Sandinista reconoce haber equivocado su política hacia la Costa Atlántica por lo que inicia el diálogo de paz con líderes indígenas alzados en armas. Las comunidades exigen el retorno a sus lugares de origen y el reconocimiento de su autonomía como sociedades diferentes con derecho a decidir sobre sus recursos y su propio desarrollo de acuerdo a sus características socioculturales.

El 2 de Septiembre de 1987 la Asamblea Nacional aprueba el ESTATUTO DE LA AUTONOMIA para las comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua

### 1.6. Situación de Salud en las Comunidades del Wangki

#### 1.6.1. Demografía

Diversos estudios reflejan<sup>2</sup> en términos generales que la población masculina representa aproximadamente el 51% de la población y las mujeres el 49% de la población. En estudio realizado en 1994, se encontró que el 51% de la población era femenino. Datos de 1995 del Gobierno Regional, reflejan a nivel regional que el 50.9% de la población corresponde al sexo femenino y el 49.1% al masculino. El estudio de TNC revela que el desbalance entre hombres y mujeres, favorece a los primeros en los grupos etáreos más jóvenes, sin embargo, favorece a las mujeres en los grupos adultos.

En cuanto a la distribución de la población por los grupos de edad, el estudio de TNC revela que el 54.8% de la población es menor de 16 años y el 3.6% tiene más de 60 años. El estudio<sup>3</sup> se encontró que el 52.8% de la población era menor de 15 años y sólo 7.9% era mayor de 50 años. La edad promedio, era 18.8 años.

<sup>2</sup> TNC-MARENA, USAID en el estudio sobre Tradición oral, censo y estudio socioeconómico de las comunidades miskitu y sumu de la Cuenca Media del Río Coco. 1998. MINSA. Datos del SILAIS. 1996; Gobierno Regional, Datos 1995; U'RACCAN.S UPDATE. 1998

<sup>3</sup> Moraga, Espinoza y Cunningham. Perfil de salud en comunidades seleccionadas del Río Coco. 1994

### 1.6.2. Fecundidad

La encuesta sobre salud familiar realizada por CDC-PROFAMILIA en el Pacífico y Región Central de Nicaragua en 1992-1993 encontró una tasa global de fecundidad de 4.6 hijos/as por mujer.<sup>4</sup> Dicho estudio, reflejaba que Nicaragua tenía la tasa más alta de fecundidad de la Región Centroamericana. Datos del MINSA Regional<sup>5</sup> del año 1996, revelan que en la zona, la natalidad era de 62.3 por 1000 habitantes. La tasa de fecundidad era de 300.1 por MEF, y el promedio de embarazos por mujer era de 5.1, el promedio de partos era de 4.7.

A nivel nacional, se plantea que la tasa de fecundidad es más de cinco hijos por mujer<sup>6</sup>. Datos del Hospital Nuevo Amanecer señalan que en la RAAN la tasa de fecundidad al año 1999 es de 5.5.<sup>7</sup>

### 1.6.3. Esperanza de Vida

En el ámbito nacional, se plantea que la esperanza de vida al nacer estimada es de 66.2 años.<sup>8</sup> Se observa un incremento en relación con datos del MINSA de 1989, que indicaba que la esperanza de vida en la RAAN era de 53.8 años.<sup>9</sup>

ESPERANZA DE VIDA		
1980-1985	1985-1990	1990-1995
59.8	63.3	66.2

Fuente: INEC, CELADE, OPS/OMS

Para 1999, el MINSA Regional maneja una esperanza de vida de 62 años en la RAAN.

En el ámbito nacional la esperanza de vida es de 68 años, comparado con 78 años en los países ricos y 51 años en los países más pobres.

El estudio de años de vida potencialmente perdidos, por muerte prematura y discapacidad (AVPT),<sup>10</sup> demostró que en el país el 80% de los años de vida perdida por muerte prematura se concentra en los grupos de 0-4 años de edad y es resultado de enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción. También reveló las lesiones y accidentes como un importante problema de salud.

<sup>4</sup> Un estudio de PNLD de los años 80 revelaba que en Nicaragua el promedio de hijos por mujeres en edad fértil era 5.5. Lo cual revela un ligero descenso al comparar los datos de los 90 en el estudio de PROFAMILIA.

<sup>5</sup> SILAIS, RAAN, 1996. Programa Materno-Infantil.

<sup>6</sup> MINSA, Nicaragua. Política Nacional de Salud 1997-2002. MINSA-BANCO MUNDIAL 1997

<sup>7</sup> Cunningham, W. Departamento Ginecoobstetricia. Hospital Nuevo Amanecer, 1999. Entrevista.

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> El modelo de salud de la RAAN. URACCAN, 1998

<sup>10</sup> Ministerio de Salud/Proyecto MINSA-Banco Mundial. Estudio de los años de vida perdidos por muerte o incapacidad, AVPT, 1995

#### 1.6.4. Indicadores de Calidad de Vida

##### 1.6.4.1. Desnutrición y Seguridad Alimentaria

En un estudio realizado<sup>11</sup> para determinar el promedio de desnutrición en el Río Coco, se midieron 948 niños/as entre 1-59 meses en 32 grupos. Los datos, reflejan que el 7.8% de los niños/as tienen problemas de crecimiento severo y 29.6% tienen problema de crecimiento moderado.

Los datos revelan que los varones tienen un estado nutricional mas bajo que las niñas. Hay tambien, una diferencia significativa del estado nutricional entre los grupos de edad. Entre los niños entre 1 a 1 ½ años el peso por estatura es la mas bajo. En el siguiente grupo de 1.5 a 2 años tienen mas baja la estatura por edad. Con el aumento de la edad, el estado nutricional mejora, sin embargo no hay un completo alcance de crecimiento para la estatura.

Estado nutricional en la zona de Río Coco:

	<b>Peso por estatura<sup>12</sup></b>	<b>Estatura por edad</b>	<b>Peso por edad</b>
<i>Desnutrición Severa</i>	0.1%	7.8%	1.7%
<i>Desnutrición Moderada</i>	1.4%	29.6%	13.9%
<i>Desnutrición Total</i>	1.5%	37.4%	16.2%

Fuente: Verdonk, I. MSF, mayo 1999

La desnutricion, segun el peso por edad es de 16.2%, que de acuerdo al mismo estudio es más bajo que datos de encuestas anteriores.<sup>13</sup> La desnutrición aguda es de 1.5% que según el estudio es bajo y comparable a una población normal. Los datos demuestran que la combinacion de maneras de resolver problemas de los comunitarios/as asi como la ayuda alimenticia recibida después del MITCH han sido adecuadas para prevenir la desnutrición aguda.

El estudio destaca que hay un problema de desnutrición crónica en la zona. El promedio de desnutrición fue ligeramente mas alto en la zona de Río Arriba, donde fue de 1.7% el P/Es y el Es/Ed de 41.8%.<sup>14</sup>

Estado nutricional de acuerdo al sexo<sup>15</sup>:

<sup>11</sup> Verdonk, I. Encuesta de nutrición en el Río Coco. RAAN. Médicos Sin Fronteras. Mayo 1999

<sup>12</sup> El peso por estatura en el estudio se identifica como "delgadez" o desnutrición aguda; el peso por estatura se identifica como impedido de crecimiento o desnutrición crónica.

<sup>13</sup> El estudio indica que en 1991, MSF encontro 20.47% de desnutricion. De acuerdo a datos del Ministerio de Accion Social de 1995, el 18.8% de niños menores de 4 años estaban desnutridos.

<sup>14</sup> Aunque el estudio señala que la muestra fue insuficiente, por lo tanto sólo puede ser utilizado como un indicativo.

<sup>15</sup> El estudio utiliza una puntuación Z- que es un indicador estadístico. Un Z- puntuación mas bajo significa un niño/a desnutrido. Desnutrición moderada se clasifica ente -2Z- y -3Z-. Desnutrición severa es clasificado bajo -3Z- puntuación.

	Peso por Estatura	Estatura por Edad	Peso por Edad
Niñas	-0.02	-1.19	-0.78
Niños	-0.09	-1.38	-0.95

Fuente: Verdonk, I. MSF. Mayo 1999

Para analizar focos de desnutrición el estudio profundizó en Sixayeri, Pilpihlia y Los Raudales. Los resultados revelan un mayor grado de desnutrición en Sixayeri. En el caso de Pilpihlia se registran datos arriba del promedio en el Río Coco.

En las entrevistas realizadas a líderes comunitarios, señalan que uno de los problemas de salud que tienen las comunidades es la falta de alimentos. De 44 líderes comunitarios entrevistados, 34 señalan que en el seno de sus comunidades hay niños/as "muy delgados".

El Gobierno Regional, plantea que la segunda causa de mortalidad infantil esta derivada del deterioro nutricional en la fase pre y post natal.<sup>16</sup> El MINSA Regional también lo identifica como tercera causa de mortalidad.<sup>17/18</sup> La tasa de desnutrición infantil en menores de 5 años es 21.5%, es de 1% en los países ricos y 30% en los países mas pobres.

Diversos estudios, indican que el costo de la canasta básica en los centros urbanos de la RAAN es superior al resto del país.<sup>19</sup> En el caso de Williamson, señalaba que en Bilwi la canasta básica es 18% por encima de Managua sin incluir costos de transporte ni leche.

En el caso del Gobierno Regional de la RAAN, se calcula en 20% mas el costo y señala que se refleja un déficit en consumo energético de 27% en relación al nivel de consumo recomendado. Calcula además que las personas en la RAAN tienen un déficit promedio de 970 calorías y que sólo satisfacen el 45% de las necesidades minimas permisibles.

De acuerdo a datos del PMA, Nicaragua está entre los primeros 14 países del mundo que padecen inseguridad alimentaria, siendo el principal factor el bajo nivel de ingresos de la población.

### 1.6.5. Salud Mental

El mismo acto de colonización ha sido la enfermedad más severa que han enfrentado los pueblos indígenas y comunidades étnicas en la medida en que ha estado dirigida a destruir, subyugar o invalidar la organización y la estabilidad social comunitaria afectando la identidad, generando inseguridad e impotencia, destruyendo los sistemas de

<sup>16</sup> Gobierno Regional Autónomo. RAAN. Diagnóstico global de la situación agrosocioeconómica y líneas estratégicas para el desarrollo de la RAAN. Bilwi, Puerto Cabezas. Febrero, 1999.

<sup>17</sup> Entrevistas a Joy Martin, Responsable de enfermería del SILAIS-RAAN y al médico Misael Rodríguez Romero de la Brigada médica en San Carlos. Junio 1999

<sup>19</sup> Williamson, D. y Gobierno Regional Autónomo. Diagnóstico Global de la RAAN. 1999

valores y ante todo desconociendo y negando la forma en que los individuos las y colectividades comprenden y explican la vida, la enfermedad y la muerte. La colonización ha actuado contra el sentido que preserva y orienta cada cultura y a cada individuo dentro de la misma. Sin sentido cultura, la vida se transforma en subsistir y resistir.

Las comunidades de las Regiones Autonomas han sobrevivido en ese contexto de dependencia y privación en condiciones de marginación y discriminación, en el cual los individuos y las comunidades han visto afectadas su integridad física, mental y emocional

Las expresiones de esos problemas son el incremento de la violencia, corrupción, drogadicción, crisis de las estructuras comunales tradicionales, incremento de la dependencia y el paternalismo y, las comunidades hasta enfrentan el riesgo de sustituir el proceso autonómico por modelos desarrollistas - paternalista algunas veces más cómodos.

La inaccesibilidad cultural de los programas de salud MINSA ha sido una limitante tradicional, puesto que a pesar de contar con una activa participación de los líderes de salud y las parteras empíricas aún no se cuenta con una articulación efectiva con los curanderos y Sukias que atienden un alto porcentaje de los enfermos de las comunidades.

De acuerdo a datos de la Fundación Wangki Luhpia, el 80% de las personas enfermas en el sector del Río Coco acude al médico tradicional antes de visitar al MINSA que funciona más como unidades de referencia del sistema de salud comunitario indígena. En otro estudio señala que en Waspam el 63% de las personas llevan a sus enfermos al Hospital y sólo 23% de las comunidades.

En las comunidades se percibe una sensación de abandono, falta de unidad, falta de dirigencia de parte de las autoridades gubernamentales y del pueblo indígena, como tal.

Los eventos bélicos en el pasado reciente lo agudizaron. Así encontramos expresiones como *"creo muy necesario sobrepasar los problemas que han surgido desde la guerra"*.

A lo anterior se han sumado los continuos desastres naturales y la falta de respuestas integrales a los problemas que enfrentan las comunidades, Así encontramos a un líder que dice *"ya que cuando no existen casas en una comunidad, uno se siente triste, desgraciadamente yo me siento así, porque no dispongo de mi casa, así como ver una casa desamparada"*.

La situación de vulnerabilidad, incrementa ese sentimiento, *"hemos notado en nuestra comunidad sobre la pobreza, existen muchas necesidades y no tenemos a donde recurrir para lograr algún apoyo"*, *"personalmente he observado los problemas de la Cuenca Media de la siguiente manera: la situación no está tan bien porque las comunidades no se encuentran limpias, pero no únicamente eso porque el problema del Huracán Mitch ha traído muchas dificultades porque ha destruido muchas comunidades. Existen Muchas enfermedades...hay que unir e instruir a los comunitarios"*, *"la comunidad construyó la clínica pero sigue vacía sin enfermera ni medicamentos. Hay líder de salud pero no tiene*



*nada con que curar".*

El hecho de no participar en las decisiones comunitarias y estar expuestos a medidas definidas fuera de la comunidad también incrementa esa situación. *"En mi comunidad nos envían medicamentos cada tres meses pero no nos entregan a nuestras manos, sino lo entregan a otra persona y se mete en negocio vendiendo todos los medicamentos".*

Los contactos culturales negativos recientes, también afectan la autoestima de los comunitarios/as: *"Personalmente vengo notando que antes los indios no vivíamos a como lo hacen ahora, porque ahora la gente viene desarrollando su mente a su manera, por eso es muy diferente".*

Los líderes valoran que la educación es una forma efectiva para enfrentar esa situación de abandono comunitario, *"Nuestra vida es muy importante pero como no tenemos todos los conocimientos para llevarlo adelante es muy difícil"*

También la revitalización cultural, es valorada como una forma de enfrentar esa situación *"yo pienso que la salud de los miskitus y mayangnas debe de desarrollarse más en cuanto a las plantas medicinales, para que un día que mueran nuestros ancianos, que son los que saben más de esas plantas, podamos continuar nuestra cultura".*

Señalan sin embargo, que hay responsabilidades individuales y comunales que deben ser enfrentadas de forma adecuada, para superar los problemas, *"a veces también la falta de coordinación entre los líderes de la comunidad y la irresponsabilidad de cada dueño de hogar",* o al señalar que *"Necesitamos utilizar muy bien estas oportunidades que llegan a nuestras comunidades para convertir lo que no sirve en algo positivo".*

El conocimiento de los derechos indígenas se convierte en la base para aprender herramientas que incrementen la capacidad de gestión y solución a los problemas, *"conociendo nuestros derechos, la Cuenca Media prosperará y tendremos capacidad de saber dirigir".*

#### 1.6.6. Equidad en la Atención de Salud

La situación de salud, en las comunidades en la RAAN es bastante deficiente. En un estudio realizado<sup>20</sup> sobre el impacto de las reformas del sector salud sobre los pueblos indígenas, el 40% de las personas encuestadas opinaban, que el acceso de los indígenas a los servicios de salud es diferente al resto de la población y, que la inaccesibilidad se debía entre otras razones a la dispersión geográfica, la ruralidad, el atraso tecnológico, irrespeto a la cultura por parte de los trabajadores de la salud, falta de medios de transporte y la falta de experiencia por reclamar sus derechos.

Se considera, que hay poca promoción de la cultura indígena y de espacios en los cuales puedan compartir y transmitir experiencias y conocimientos de los ancianos a los jóvenes sobre la salud y señalaron la necesidad de que los trabajadores de la salud se identifiquen con la cultura indígena, que brinden una atención humanizada, reconociendo la medicina

<sup>20</sup> Inédito.

tradicional y sus prácticas. Señalan además que no hay suficiente representatividad de los pueblos indígenas en los niveles de decisión y no existe una movilización amplia que concretice propuestas de salud.

Los grupos y programas priorizados por el Ministerio de Salud han sido la madre y niño/a, vigilancia adecuada a la mortalidad materna y las políticas dirigidas a las enfermedades inmunoprevenibles.<sup>21</sup>

Pero los resultados no han sido satisfactorios. La articulación de la red de frío está poco desarrollada, *"no existe una red de frío en el sector del Río Coco para que se puedan conservar vacunas y hacer una sistematización de la vacunación"*. Generalmente se hace a través de Jornadas de Vacunación, *"hay comunidades prácticamente vulnerables a cualquier enfermedad inmunoprevenible porque a veces, ni siquiera se ha podido entrar a esas comunidades"*.<sup>22</sup>

El MINSA plantea que el personal de salud debe de brindar atención integral abarcando aspectos de prevención, curación, rehabilitación, etc. Sin embargo, muchas veces, por limitaciones de los recursos se sacrifica la eficacia. *"Por el reducido número de recursos, hacen de todo para cumplir con la población y el trabajo sin tomar en cuenta la eficiencia sino el tener que cumplir"*.<sup>23</sup>

En la actualidad, el MINSA dispone de planes de salud pero no cuenta con recursos ni para cumplir el plan, ni para supervisarlo en los municipios. A lo anterior se suma como limitaste el alto nivel de centralización de recursos y decisiones. El bajo nivel de coordinación del MINSA como instancia rectora de la salud, la falta de contar con una Secretaría de Salud del Gobierno Regional Autónomo y la dispersión de los ONG's no permite coordinar las intervenciones de salud de forma adecuada.

Las normativas de los programas definidos en el nivel central, muchas veces no pueden ser aplicados por factores culturales conllevando a contradicciones. Sin embargo, no pueden ser cambiados ni ajustados a nivel local.<sup>24</sup>

La insuficiente asignación presupuestaria es un elemento que afecta la equidad.<sup>25</sup> El Ministerio de Salud ha asignado por varios años aproximadamente el 4% de su presupuesto a la RAAN. Lo anterior ni siquiera se ajusta al % de la población de la Región que alcanza aproximadamente el 15%

No se obtuvo datos del % asignado al Río Coco, pero en términos generales, es insuficiente por los altos costos de los servicios en la zona, la dispersión geográfica, las malas vías de comunicación, la falta de infraestructura.

La percepción de los comunitarios/as es que los problemas de salud se dan *porque "hay*

<sup>21</sup> Entrevista Dr. Carlos Cuadra, Subdirector SILAIS-RAAN, junio 1999

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> Entrevista Li. Joy Martín, SILAIS-RAAN, Junio 1999

<sup>24</sup> Entrevista Directora de Salud, Dra. Sofía Sánchez, Municipio Wasparam

<sup>25</sup> El Modelo de salud de la RAAN, 1996

*una falta de respeto a la sabiduría de los ancianos", la falta de respeto a su idioma y creencias, además de los problemas económicos. Las personas no se sienten bien atendidos.*

#### 1.6.6.1. Cobertura

Los niveles de cobertura, son muy bajos en los programas priorizados por el Ministerio de Salud. A nivel de personal e infraestructura hospitalaria, hay una cama de hospital para cada 2550 habitantes; una enfermera por cada 1000 habitantes. En la zona hay un puesto de salud para cada 1532 habitantes. No hay quirófano y no disponen de una red de frío.

El MINSA valora que la cobertura de los servicios que brinda en la RAAN es de 50 a 60% debido a la poca accesibilidad a las comunidades. Sin embargo, el SILAIS valora que en algunos municipios es más baja la cobertura alcanzando hasta el 30%. El SILAIS no cuenta con medios para ampliar esa cobertura.<sup>26</sup> No se cuenta a nivel nacional con datos que revelen la tasa de inmunización, sin embargo en países ricos alcanza 80% y en los más pobres el 50%.

Después del Mitch se ha ampliado la cobertura médica en el Municipio de Waspam, con las brigadas médicas, sin embargo, el personal de salud local señala que "existen algunas fricciones porque no respetan la cultura ni la lengua de los miskitos de la zona".<sup>27</sup>

Además de los servicios del MINSA se ejecutan proyectos con ONG's e instituciones multilaterales: UE, GVC, AMC, FWL, Proyecto Wangki, URACCAN, OED y BOSAWAS.

Entre los servicios que ofertan está el abastecimiento de medicamentos a las comunidades, talleres sobre salud, charlas sobre medidas de saneamiento básico, distribución de cloro, formación y capacitación de recursos humanos, construcción de pozos y letrinas.

Un auxiliar de enfermería resume la situación diciendo *"en nuestra comunidad hay muchos problemas. El principal es, cuando se enferma una persona es difícil llevarla al Centro de Salud en Waspam, ya que si no tiene dinero no puede viajar. Hay muchos niños desnutridos, también, son pocas las madres que les gusta la planificación familiar, por eso Ud. ve a las mujeres con un poco de niños. Hay mucha gente pobre en nuestra comunidad. Antes teníamos la subsele, ahora es un puesto de salud, donde nos hace falta medicamentos, un médico fijo. Si no fuera por los médicos cubanos que ahorita nos están ayudando, quien sabe cómo lo estaríamos haciendo"*.

<sup>26</sup> Idem.

<sup>27</sup> Entrevista Sodelba Burns, Enfermera Municipio Waspam. MINSA

### 1.6.6.2. Eficiencia del Sistema

Datos reflejan que la pobreza extrema en Nicaragua ha aumentado mas a pesar del crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) en los ultimos años. El 50% de la poblacion económicamente activa sobrevive con un dólar al día.<sup>28</sup> Los habitantes carecen de servicios basicos como empleo, salud y educacion. El mismo estudio revela que el PIB ha crecido 4.5% en los últimos cinco años, sin embargo, se ha concentrado en el sector exportados y las actividades de servicio.

El nivel per capita esta entre los tres más bajos del Continente, alcanzando el desempleo mas del 50% de la población económicamente activa. La tasa de crecimiento, por otro lado es de las más altas alcanzando el 3.5% anula de 1990 a 1997.

La pobreza tambien se manifiesta en la mala distribucion del presupuesto gubernamental, señala el mismo estudio. Para 1998, sólo 11% del presupuesto se utilizó en salud. El ingreso per cápita es de \$ 445, 25,000\$ en los países ricos y 350\$ en los mas pobres.

El gasto presupuestario per capita en salud en 1998 fue 16.54\$ contra \$2,250 en los países ricos y \$7 en los más pobres.

Los servicios de salud no han tenido impacto en las comunidades. Muchas veces, por limitaciones de los recursos se sacrifica la eficacia. *"Por el reducido número de recursos, hacen de todo para cumplir con la poblacion y el trabajo sin tomar en cuenta la eficiencia sino, él tener que cumplir".*<sup>29</sup>

Desde la perspectiva comunitaria, se evidencia la falta de efectividad de los servicios *"no hay puesto de salud, falta medicamentos, faltan enfermeras, se bebe agua de manantial, no hay pozo, no hay cloro, falta transporte y no hay comunicación en salud, no hay motor fuera de borda, no hay radio de comunicación, hay poca visita de personal de salud, existen algunas plagas, no hay control de salud".*<sup>30</sup>

*"En la actualidad no contamos con suficiente en cuanto a medicinas y equipos especiales, no contamos con enfermeras profesionales, ni letrificación, no hay limpieza dentro y fuera de la comunicad y no hay transporte".*

Una maestra comunitaria plantea que, *"hace falta un laboratorio, un quirofano para atender primeras necesidades, personas especializadas o capacitadas para hacer cirugias aunque sea temporal, darle mas capacitacion al personal de enfermeria, equipar mejor el Centro de Salud (una señora se murió al dar a luz), ademas por la falta de dinero para asistir al Centro de Salud en Waspam".*

<sup>28</sup> La Tribuna. Miércoles 1 de septiembre de 1999

<sup>29</sup> Entrevista Li. Joy Martin, SILAIS, RAAN. Junio 1999

<sup>30</sup> Entrevista Líder Comunitario

### 1.6.7. Morbilidad

Durante los años 97 y 98 las principales causas de morbilidad registradas a través de las consultas medicas del Centro de Salud en Waspam fueron las siguientes:

	Causa	1997	1998 (%)
1	IRA	9.2	9.5
2	IVU	21	16.9
3	Infección Intestinal	19	18.2
4	EDA	12.9	13.4
5	Cefalea	7.6	3.8
6	Fiebre	6.6	7.5
7	Nasofaringitis	-	6.5
8	Artritis	7	6.2
9	Infección en la Piel	5.9	4
10	Bronquitis Aguda	4.2	-
11	Neumonía	5.99	13.9

De 13,020 y 16,906 consultas registradas en el Centro de Salud de Waspam

Entre las diez primeras causas de morbilidad, se encuentra como primera causa la infección intestinal que si suma la EDA daría 31.9% en el 97 y 31.6% en el 98. Por lo tanto, en las consultas medicas la causa mas frecuente de morbilidad esta vinculada a las enfermedades intestinales.

Durante el año 1997, sigue en segundo lugar como causa de morbilidad las IVU con 21%, en tercer lugar las IRA's con Neumonía y Bronquitis con 19.39%. En el año 98, siguió, en segundo lugar las IRA's con neumonía y nasofaringitis con 29.9% y las IVU pasan al tercer lugar con 16.9%.

En los dos años, las mujeres acuden mas a consultas medicas, siendo en el 97 el 58.5% y en el 98, 57.6% de los pacientes.

En el año 1997, el mayor número de consultas de morbilidad fue en el grupo de 15 a 34 años con 29.9%, siguiendo de 1-4 años con 21%. Los datos son similares en el año 98 en el cual el grupo de edad que mas acudio a consulta medica fue el de 15-34 años con 24.8% y siguió asimismo el grupo de 1-4 años con 24.7%.

En las entrevistas realizadas el dirigente de la comunidad El Cocal plantea que *"las enfermedades que más nos ataca son la diarrea y la calentura con tos crónica"*. El dirigente de Casa Sola II señala *"el problema que tiene la comunidad de salud es vómito y diarrea"*, otro señaló, *"dentro de la comunidad de San Carlos, la desventaja que hay en la salud es la enfermedad de la diarrea y la malaria"*.

En la radiografía comunal de Tulankira y Namaska, los dirigentes indican como problema de salud la diarrea o cólera y como segundo problema el consumo de drogas.

En grupo focal, de personas de las comunidades de Krinkrin, Klisnak y Namaska señalaron que las enfermedades más comunes entre niños y ancianos es la diarrea por los predios sucios, y la abundancia de zancudos.

En San Carlos, el grupo focal, señaló que el *"alto índice de enfermedades era IRA, EDA y malaria"*. La Directora del Área de Salud del Río Coco refiere que *"los problemas más sentidos en la Cuenca Media son las diarreas, las enfermedades respiratorias y la desnutrición"*. La promotora de Acción Médica Cristiana señaló como problemas más sentidos la diarrea, por que *"tomaban agua de charco"*, al referirse a la comunidad de San Pedro.

Los datos anteriores, coinciden con estudios previos<sup>31</sup>, que señalan en las entrevistas realizadas al MINSA en Waspam que las principales causas de morbilidad en la infancia son EDA's e IRA's. En las personas adultas se señaló la artritis, las EDA's y la malaria aunque esta última ha disminuido en el último año.

En la entrevista a las ONG's (del mismo estudio de URACCAN en marzo-abril 1998) señalan como las principales causas de morbilidad la malaria, conjuntivitis, infección renal, EDA's e IRA's. Agregan como problemas las deficientes condiciones higiénico sanitarias y la falta de educación sanitaria de la población.

Entre los curanderos y Sukias reportaron como causas de morbi-mortalidad<sup>32</sup> el derrame cerebral, pulmonía, asma, enfermedades de la piel y las ETS.

En los últimos meses, después del Huracán Mitch, aumentaron las enfermedades diarreicas y respiratorias. Entre los datos reportados en el Municipio del Río Coco, se encontraron los siguientes:

#### 1.6.7.1 Enfermedades diarreicas agudas

Casos de Enfermedades diarreicas agudas por grupos de edad de enero a mayo 99:

Año	-1 año	1-4 años	5-14 años	15-49 años	50 o más	Total
1999	495	902	489	309	152	2347
1998	187	177	124	95	92	675

Datos: AMC, GVC y MINSA. Informe de FWL

<sup>31</sup> URACCAN. Instituto de Medicina Tradicional. Investigación sobre el impacto de las Reformas y evaluación de la implementación del modelo de salud en la RAAN. 1998

<sup>32</sup> Idem

comunidades de 1955. En el mismo, se refleja la insalubridad de la zona "la ignorancia y la miseria, los insectos y el pantano, la suciedad y el aislamiento" decía el estudio 'han contribuido para que muchas enfermedades representen para los miskitos verdaderas catastrofes. Entre las enfermedades mas comunes, el documento cita las siguientes: parasitosis intestinal, tuberculosis principalmente entre los jóvenes que van a las minas en busca de trabajo, sífilis, pian, úlceras tropicales, mal de pinto, malaria. Agregaba que "la desnutrición es muy comun y se evidencia una alta mortalidad infantil.

#### 1.6.8. Mortalidad

Diversos estudios indican que la tasa de mortalidad de la población de 40 años es de 5% en los países ricos, y en los países más pobres es 30%.<sup>34</sup> En Nicaragua ese mismo estudio refleja un índice de 3.8%. Debe recordarse sin embargo, los sub registros del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales.

A nivel nacional<sup>35</sup> los datos de mortalidad general manejados por el MINSA son los siguientes:

<b>Mortalidad General</b>		
<b>(por mil)</b>		
<b>1980-1985</b>	<b>1985-1990</b>	<b>1990-1995</b>
<b>9.7</b>	<b>7.9</b>	<b>6.6</b>

El 10% de las muertes registradas en 1995 son por enfermedades transmisibles, las muertes por enfermedades del aparato respiratorio tienden a aumentar. Siguen siendo altas a nivel nacional la mortalidad materna y la infantil. A nivel de Centroamérica, Nicaragua tiene la tasa más alta de mortalidad infantil.

<b>Tasa de mortalidad infantil y materna</b>		
<b>Centroamérica 1995</b>		
<b>País</b>	<b>Mortalidad infantil</b>	<b>Mortalidad materna</b>
<i>Costa Rica</i>	12	55
<i>Panamá</i>	21	55
<i>Belice</i>	36	-
<i>El Salvador</i>	43	300
<i>Honduras</i>	44	220
<i>Guatemala</i>	51	200
<i>Nicaragua</i>	53	160

Mortalidad infantil: muerte de menores de un año por 1000 nacidos vivos. Mortalidad materna: muertes de mujeres por complicaciones de embarazo, parto, puerperio por 100,000 nacidos vivos

Fuente: OPS/OMS Metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Evaluación a mitad de camino. Washington. Enero 1997

<sup>34</sup> La Tribuna 1 de septiembre de 1999

<sup>35</sup> Política Nacional de Salud 1997-2002. MINSA

La tasa de mortalidad materna, ocupa el tercer lugar en Centroamérica. La RAAN es el SILAIS con mayores problemas de mortalidad materna con 425 <sup>36</sup> a nivel nacional.

En el caso de las comunidades del Río Coco, los datos del MINSA reflejan que fueron registrados en el SINEVI 97 y 106 casos de muertes en 1997 y 1998.

Las causas de mortalidad en 97, fueron neumonía con el 30.9%, EDA s con 15.4% y Síndrome Nefrótico con el 7.2%. Siguen en orden decreciente la Hipertensión Arterial con 6.1%, tuberculosis pulmonar con 5.1%, prematuridad 3% y anemia 3%. Entre los grupos de edad registrados en los datos de mortalidad están 28 días a 11 meses con 35%, siguiéndole 50 años y más con 20.6% y en tercer lugar los de 15-49 años con 19.5%, de 1-4 años con 9.2% y los 5-14 años con 7.2%.

Para el año 1998, las causas más frecuentes de mortalidad fueron neumonía con 20.6%, cólera con 18.8%, diarrea con 6.6%, sepsis 5.6% e hipertensión arterial con 3.77%, tuberculosis con 2.8%, diabetes 1.88%, úlcera gástrica con .9%.

Se mantienen los grupos de edad más afectados, similar al año 1997. Así encontramos que el grupo de 28 días a 11 meses, fue afectado en 25.4%, le sigue el grupo de 50 años y más con 20.7%, el de 15-49 años con 19.8% y de 1-4 años con 17.9% y el de 5-14 años con 6.6%.

En las entrevistas realizadas, se reportan *"muy pocas muertes en las comunidades"*. En el grupo focal de San Carlos, las personas consideran que hay muy pocas muertes, más entre los ancianos/as y niños/as; *"la gente vieja muere de tristeza"*, *"las mujeres embarazadas cuando mueren es porque no dejan de sangrar"*. Un grupo focal, reportaba que, *"en mi pueblo la gente muere de diarrea y segundo de parto"*.

En entrevista al dirigente de Sang Sang, decía, *"yo me entiendo, la enfermedad que más nos ataca es el cólera, se nos ha llevado a cuatro elementos, esto sucede por falta de medicamentos"*.

En la memoria colectiva está el recuerdo de la muerte, ligado al conflicto bélico que las comunidades vivieron en los 80, *"Cuando en la guerra estaban cruzando al otro lado murieron muchos niños y ancianos y en la guerra murieron muchos jóvenes también"*.

El MINSA<sup>38</sup> plantea que a nivel regional, las causas de mortalidad son septicemia, prematuridad, desnutrición proteico calórica y enfermedades diarreicas agudas, muerte en la mujeres, trauma craneal, cardiopatía, malaria cerebral e hiperglicemia.

Entre los Curanderos y Sukias, entrevistados en marzo de 1998<sup>39</sup>, las principales causas de mortalidad son derrame cerebral, pulmonía, asma en adultos. Entre los niños, consideran que las principales causas de mortalidad son EDA e IRA.

<sup>36</sup> Política nacional de Salud 1997-2002. MINSA.

<sup>37</sup> Entrevista a Micaela Zavala, dirigente de las mujeres de San Esquipulas, Río Coco Arriba. Junio 1999

<sup>38</sup> Entrevista Joy Martín, Responsable enfermería, SILAIS. RAAN

<sup>39</sup> Quintana, María Esther. URACCAN. Estudio sobre situación social y respuesta social. Mayo 1998



Las ONG's reportaron en el mismo estudio<sup>40</sup> que el cólera y la diarrea son las dos principales causas de mortalidad en las comunidades del Río Coco, el aborto ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte. El MINSA también valoró como una importante causa de muerte, el aborto. Y entre los niños/as, la principal causa de mortalidad era EDA e IRA.

### 1.6.9. Servicios de Salud Endógenos

#### 1.6.9.1. La Vigencia del Sistema de Salud Indígena

En las comunidades del Río Coco, la medicina tradicional ha sido la forma más efectiva de atención a sus problemas de salud y los han usado históricamente. "Desde hace mucho tiempo, utilizamos las medicinas tradicionales, como las hojas de plantas, raíces y tallos escogidos para enfermedades indicadas. Pero hoy han llegado los médicos a nuestras tierras y algo no marcha bien. Sin embargo, los seguimos utilizando"<sup>41</sup>

Es generalizada la práctica de salud indígena en las comunidades. Los comunitarios y comunitarias consideran que les da respuesta a sus problemas de salud. Así señalan, "Si alguien está enfermo y lo llevan al Centro de Salud y no le pueden ayudar, nosotros tenemos otras clases de medicinas, como hojas, plantas y tallos con los cuales los Sukias saben curar"<sup>42</sup>

#### 1.6.9.2. Las Terapias y las Formas de Diagnóstico

Entre las medicinas, las formas de terapia y diagnóstico hay varias formas. Las comunidades mencionan, *"los árboles, las hierbas, todas estas riquezas se ocupan así las raíces, hojas y cáscaras son de mucha ayuda contra muchas enfermedades, tomado, en baho, en baños y sobado. Estas creencias desde nuestros ancestros, la gente la utilizaba en sus vidas, en muchos años no habían doctores pero curaban las enfermedades. Para examinar al enfermo, amarraban hojas en la cabeza, sobaban con hierbas todo el cuerpo, el curandero intercambiaba sus remedios con otro curandero para hacer más fuerte su remedio. Había y hasta hoy hay esos remedios, uno para que los quieran las mujeres, para que odien a una persona, contra nervios o miedo, contra mareos, contra los demonios de montaña, medicina contra duendes, contra granos grandes que provocan los demonios, dolores de abdomen, por último remedios que se hacen a través del viento para hacer diferentes curaciones, también soplado y diciendo oraciones se cura el dolor de muela, también cuando hay hemorragia soplando y diciendo oraciones... todos estos derechos se han ido desapareciendo desde que vino la palabra de Dios".*<sup>43</sup>

<sup>40</sup> Quintana, M.E.: URACCAN, 1998

<sup>41</sup> Entrevista Mariela Pantín, comunidad de San Carlos, Río Coco, junio 1999

<sup>42</sup> Mariela Pantín, San Carlos. Entrevista, junio 1999

<sup>43</sup> Grupo Focal, Los Raudales, Río Coco

Es evidente, que el concepto de salud enfermedad es integral. Se concibe como un sistema integral que abarca desde aspectos de espiritualidad hasta aspectos como el dolor de muelas o la hemorragia. También las formas de diagnosticar las enfermedades es variada.

Los encargados de la salud hasta antes de la llegada de la Iglesia Morava, eran los especialistas como Sukias, curanderos-as, parteras. Estos jugaron un papel muy importante en la vida miskita. Las iglesias hicieron de todo para combatir las creencias y prácticas de las comunidades miskitas. Ellos dieron inicio al uso de la medicina occidental, tratando de dejar atrás los conocimientos de Sukias, curanderos y parteras.<sup>44</sup>

## 1.7. *Situación de las Comunidades Indígenas del Municipio del Waspam*

### 1.7.1. Aspectos Geográficos

El municipio de Waspam es el más extenso de la RAAN, ya que cuenta con 8,133 kms<sup>2</sup> e integra una riqueza económica importante debido a la biodiversidad de los ecosistemas que posee.

Por un lado, existen lagunas abundantes en el litoral; así mismo cuenta con una amplia zona de bosques latifoliados, ubicado en el curso superior del Río Coco y un extenso llano de bosques de coníferas en su interior.

El municipio se encuentra en la cuenca hidrográfica más grande de Nicaragua. La cuenca del Río Coco o Wangki, que posee una longitud aproximada de 780 Km. que además sirve de línea fronteriza entre Nicaragua y la República de Honduras. Además de esto, la zona de Río Coco es considerada por la población miskita, como territorio indígena de mucha relevancia en la cultura e identidad.

Cuenta con una población aproximada de 45,989 habitantes, de los cuales un aproximado de 5,020 habitan en el casco urbano de la cabecera municipal y el resto (40,969 personas) lo hacen en las comunidades rurales dispersas. Se trata de una población multiétnica mayoritariamente miskita, aunque se identifica población mestiza y mayangna, especialmente en el sector del Río Coco Arriba.

Se estima que esta población habita en un promedio de 1.800 viviendas diseminadas en las 85 comunidades que integran el municipio.

Esta población, ha tenido un crecimiento poblacional importante, especialmente en los últimos 9 años, producto de la pacificación de la zona y el retorno de miles de familias de Honduras.

Las condiciones en que esta población ha vivido, son precarias, ya que habría que

<sup>44</sup> DRP.URACCAN.SLE. 1998

recordar que en 1982, se destruyeron todas las comunidades y desde 1985, se inicio el proceso de reactivación de las comunidades y sus economías, sin contar con los recursos suficientes para llevar adelante esta tarea.

La población del Municipio de Waspam es básicamente rural, distribuida a lo largo de tres zonas geográficas diferenciadas: Río Coco Arriba (desde Waspam hasta Raiti); Río Coco Abajo (desde Waspam hasta Cabo Gracias a Dios) y el Río Coco llano (ubicado de Waspam hacia Puerto Cabezas).

La concentración de población por rango, es la siguiente: De un total de 85 comunidades que integran el territorio, 53 de ellas poseen poblaciones entre 0 a 500 personas (62%); 21 comunidades tienen población entre 500 a 1000 habitantes (25%); 6 de ellas (7%) tienen entre 1000 a 1500 personas y 5, poseen población entre los 1500 y 2000 habitantes.

Las comunidades son las siguientes:<sup>45</sup>

- Cabo Viejo
- Rihka
- Liwa Sirpi
- Plankira
- Utla Mahta
- Liviing Creek
- Sih
- Ubran
- Sawa
- Boorn
- Klampla
- Andres
- Auhyapura
- Rayapura
- Kiwastara
- Kurn
- Wasla
- Tuskru sirpi
- Truskru tara
- Bachilaya
- Uhri
- Saklin
- Klar
- Bilwaskarma
- Saupuka
- Ulwas
- Kisalaya
- Kiskayari
- Laguantara
- Wiswis
- Saulala
- Leimus
- Bull sirpi
- San Jerónimo
- El Carmen
- Kisubila
- San Alberto
- Santa Fe
- La Esperanza
- Waspuhka
- Krin Krin
- Namahka
- Pilpilia
- Kitaski
- San San
- San Esquipulas

<sup>45</sup> Fuente: CIDCA-1997 complementado con información de la Fundación Wangki Luhpia y URACCAN'S UPDATE 1998

- Amaik
- San Carlos
- Umbra
- Florida
- Bodega
- Krass
- Asang
- San Pedro
- Santa Isabel
- Karizal
- Andris Tara
- Siksa Yari
- Pura Maira
- Wailaska
- Raiti
- Walakitan
- Arandak
- Cocal Waspuk
- Paiwas
- Wiwinak
- Tulankira
- Santa Rosa
- Awastagni
- Dikwatara
- Kwiguitigni
- Kururia
- Santa Rosa
- Slilma Lila
- Miguel Bikarn
- Tasba Pain
- Wiskonsin
- Esperanza Wawa
- Santa Clara
- Francia Sirpi
- Tikiamp
- Santa Rita
- Bismuna y Casa Sola.

### 1.7.2. Aspectos Sociales

La población del municipio de Waspam es predominantemente rural, tal como se muestra a continuación:

Población	Número	Porcentaje
Urbana	5,020	11
Rural	40,969	89
TOTAL	45,989	100

Fuente: Datos de INEC, Gobierno Regional, Abril 1997.

En el Sector del Río Coco, la población es mayoritariamente miskita y se dedica básicamente a la agricultura. La religión practicada por la mayoría de la población es la Morava.

El número de productores agrícolas calculado por el Ministerio de Agricultura y Ganadería en marzo de 1997 fue de 21.115.

La población del río, al igual que la del resto del país, se caracteriza por ser muy joven, de tal forma que casi la mitad de los habitantes (49.1%) tienen menos de 15 años.

Grupos de Edad	Población	Porcentaje
0-4	8,471	20.1
5-9	6,720	16
10-14	5,460	13
15-19	4,620	11
20-49	13,440	32
50-59	1,638	3.2
60 y más	1,974	4.7
TOTAL	45,989	100

Fuente: MINSA

Según datos de la ONG, CAPRI, el Municipio de Waspam para abril de 1997, cuenta con 6.731 viviendas, la mayoría construidas con materiales locales (palma y madera) y algunas con techo de zinc, que en términos generales se trata de una infraestructura con un alto grado de deterioro.

El MINSA, cuenta con 29 unidades de salud: 1 Centro de Salud con 18 camas, dos Puestos de Salud A y 26 Puestos de Salud B.

El MED, atiende 70 unidades educativas: un preescolar, 69 escuelas primarias e institutos de secundaria en Waspam, San Carlos y Kum.

Únicamente, 22 comunidades rurales cuentan con proyectos de agua potable.

### 1.7.3. Antecedentes Históricos

En estudios de historia oral<sup>1</sup> las comunidades de Río Coco arriba refieren que fueron fundadas al principio del presente siglo. En su mayoría inicialmente fueron habitadas por pequeños grupos de familias unidas por lazos de sangre. Producto de desastres naturales y conflictos armados, en varias oportunidades, tuvieron que cambiar de ubicación, creando con ello nuevas comunidades en otros territorios como Santa Isabel.

Otra causa de migración importante fueron las empresas transnacionales bananeras, mineras y madereras. El auge que alcanzaron sirvió de atracción para que muchas familias se asentaran cerca de los centros de extracción de madera, oro o en las zonas de producción bananera. Ello les permitió obtener empleo que le permitiera ganar dinero y solventar de esa forma las necesidades básicas de su familia.

En la actualidad viven en las comunidades miembros de las familias fundadoras, ocupando un nivel de liderazgo. Están además entre las familias que tienen un nivel de vida un poco superior en relación a la comunidad en general. Cuentan con algún ganado, planta eléctrica y algunas veces tienen hasta peones que le trabajan la tierra.

Los nombres originarios<sup>2</sup> de las comunidades fueron puestos por las propias familias fundadoras y están estrechamente vinculados al entorno natural de cada una de las comunidades, tales como árboles, rocas, bejucos, ríos. Así tenemos ejemplos como Sang Sang, Wiwinak.

#### 1.7.3.1. Acontecimientos Históricos más Importantes en la Vida de las Comunidades de Río Coco Arriba

Los acontecimientos inolvidables que para los comunitarios-as y que identifican como las razones de su extrema pobreza y desconfianza enorme están vinculados a la percepción que tienen sobre el Estado Nacional.

El mismo estudio<sup>3</sup>, revela expresiones como *"Nosotros no existimos para el gobierno... aquí solo para las elecciones se aparecen todos los partidos políticos"*

<sup>1</sup> DRP realizado por estudiantes de la Universidad de Humboldt de Berlín, Alemania (SLE) y estudiantes de URACCAN con apoyo del Proyecto GTZ-MARENA-BOSAWAS y la Dirección del TOEB de GTZ, Alemania.

<sup>2</sup> En 1960, cuando Nicaragua perdió ante la Corte Internacional de La Haya el territorio que hoy es la Mosquitia Hondureña, el Gobierno de Nicaragua hizo un traslado de las comunidades ubicadas en las márgenes hondureñas del Río hacia el lado nicaragüense y les cambió el nombre a la mayor parte. Hoy se usa de forma indistinta en la zona el nombre miskitu o español para muchas comunidades.

<sup>3</sup> DRP, URACCAN-SLE, 1998

### 1.7.3.2. La Guerra de Sandino contra los Marines

Las comunidades refieren que la vida comunitaria fue muy afectada en el periodo de 1927 a 1933 cuando el territorio del Río Coco Arriba fue uno de los principales escenarios de la guerra de Sandino contra la Guardia Nacional y los Marines Norteamericanos. Un comunitario lo identifica como la causa de la salida de las empresas y la pérdida de empleos: *"Las empresas se marcharon por que aqui no habia seguridad, nos quedamos sin trabajo, sin donde comprar ni a quien trabajarle"* (cita de un comunitario).

### 1.7.3.3. La Presencia de las Empresas Transnacionales

A pesar de que la época de las empresas, fue el periodo de mayor intensidad de extracción de recursos naturales, en la memoria colectiva está identificada como la mejor época. La consideran muy buena, porque las empresas *"prestaban servicios de salud a sus trabajadores"* o por la *"construcción de una pista de aterrizaje en la comunidad de San Carlos"*. En el DRP, un anciano de San Carlos señalaba, *"teníamos de todo se nos hacia fácil...podíamos comprar lo que queríamos y necesitábamos"*.

Las personas recuerda que al finalizar la guerra de Sandino, con la llegada del General Somoza García a la Presidencia de Nicaragua, las empresas reaparecieron. La presencia de éstas empresas en los años cuarenta significó para las familias de las comunidades de la Cuenca Media del Río Coco, la posibilidad de contar con un empleo, percibir un salario y poder comprar los artículos que no producían.

Los artículos, a su vez eran vendidos únicamente por las mismas empresas, a las cuales los trabajadores estaban obligados a comprarles, intercambiándolos por productos tales como banano, frijoles y arroz producido por los comunitarios-as.

Con la retirada de las empresas en los años 60 y 70 las familias de la Cuenca Media se quedaron con un gran vacío al no contar ni con empleos, ni servicios básicos y prácticamente desaparecida la actividad comercial.

### 1.7.3.4. La Sentencia de la Corte Internacional de Justicia en La Haya

Las comunidades también fueron afectadas cuando Nicaragua en 1961, por decisión de la Corte Internacional de Justicia, perdió parte de su territorio quedando como límite entre Nicaragua y Honduras el Río Coco. No solo cambiaron fueron trasladados sino que las comunidades cambiaron de nombre y surgieron nuevas comunidades como Santa Isabel y San Alberto entre otras.

### 1.7.3.5. La Revolución Sandinista

En la década de los 60, cuando inicia la lucha del FSLN también se vieron involucradas las comunidades de Río Coco arriba. Según los comunitarios<sup>4</sup>, la Revolución fue en un determinado momento una esperanza ellos. Por eso, muchos apoyaron a los combatientes sandinistas. Así refiere un comunitario *"Cuando triunfo el FSLN hubo mucha crisis económica en el país...pero nuestros líderes lo entendían y apoyamos la revolución"*

Señalan varias razones por las cuales perdió su respaldo el Frente Sandinista, entre las que señalan aspectos que van desde la falta de respeto a las organizaciones comunitarias tradicionales al señalar por ejemplo, que "inventaron otras estructuras organizativas, ignorando que ya estábamos organizados", hasta los causantes de la guerra, la destrucción de sus comunidades, iglesias, pérdida de su ganado.<sup>5</sup>

### 1.7.3.6. Los Desastres Naturales

Los desastres naturales (huracanes, tormentas, inundaciones, sequías, quemaduras y enfermedades) han sido acontecimientos frecuentes en la vida de las comunidades de Río Arriba. Su ubicación vulnerable ante desastres de la naturaleza, los ha obligado constantemente a movilizarse de un lugar a otro.

Las comunidades han vivido en condición de damnificados permanentes. Después de cada desastre natural las comunidades de forma organizada reconstruyen sus comunidades. En la mayoría de las ocasiones el único apoyo que han recibido ha sido de organismos no gubernamentales.

### 1.7.3.7. La Presencia de las Iglesias

Las personas recuerdan que la primera comunidad a la que llegó la Iglesia Morava fue Sang Sang extendiéndose de forma rápida hacia las demás comunidades. Junto a la Iglesia llegaron a las comunidades instituciones occidentales como: la educación exógena, la medicina occidental, maestros-as, doctores, carpinteros, así como otras formas de cultivar la tierra y preparar alimentos.

De acuerdo al Obispo Wilson, en su libro sobre la Obra Morava en Nicaragua, a pesar de que desde 1900 Ernest G. Gebhardt había fundado la estación de Cabo Gracias a Dios, no fue hasta 1907 que Guido Grosmann y Benjamin Garth fundaron la congregación de Sang sang en la Cuenca Media del Río Coco.

Entre las filiales de esa congregación menciona el mismo autor a San Carlos, Asang, Waspukta y Wirapani. La ampliación en el curso superior del Río se dio hasta el año

<sup>4</sup> DRP. URACCAN-SLE 1998

<sup>5</sup> Durante el Gobierno Sandinista, producto de la guerra, la totalidad de las personas fueron reubicadas. Una gran parte huyó a Honduras y estuvieron en campamentos de refugiados, otros fueron reasentados en campamentos en la zona montañosa de Tasba Pri y muchos se trasladaron a otros sitios. Las viviendas, iglesias y escuelas fueron quemadas argumentando el ejército que lo hacían para que los contra-revolucionarios no contasen con sitios de refugio. Bajo el mismo argumento, el ganado fue eliminado.



1923.<sup>6</sup>

La Iglesia Católica llegó a la comunidad de San Carlos y también se extendió a otras comunidades. Entre los misioneros capuchinos, se ha señalado que tres de ellos llegaron entre 1915 y 1942 de Cataluña, uno de Ecuador. Entre 1939 y 1995 llegaron 22 misioneros de Estados Unidos y 2 de Nicaragua. Se calcula que aproximadamente del 35 al 40% de los miskitus eran católicos.<sup>7</sup>

Entre las actividades desarrolladas entre los capuchinos y los miskitus, de acuerdo al mismo autor, están las siguientes:

- Formar una cooperativa de mercadeo en la década del 1940.
- Formar un instituto para la formación de ministros laicos católicos en 1953.
- Organizar un equipo de miskitus que impartieron cursos en 50 comunidades miskitas y sumus sobre cooperativismo y agricultura (1967-1969).
- Formar la Asociación de Clubes Agricultores del Río Coco (ACARIC) (1967-1969) abarcando casi a todos los miskitus y sumus del Río Coco.
- Con las Hermanas de Santa Inés, formar Líderes de Salud y Programas de Promoción de la Mujer, iniciando en 1968.
- Organizar y presentar el Ballet Folklórico Miskitu en el Teatro Nacional Rubén Darío en Managua y en la UNAN León en 1970.
- Formar el primer programa de diáconos permanentes en 1973.
- Traducir y publicar la primera edición Ecuménica del Nuevo Testamento de la Biblia en idioma indígena (1969-1974).

#### 1.7.4. La Cosmovisión Indígena

En la memoria colectiva está el hecho de que los antepasados de las comunidades de la cuenca media tenían sus propias creencias, costumbres y tradiciones relacionadas a la naturaleza en que vivían. Refieren que en la actualidad son muy pocas las personas que expresan libremente sus creencias y costumbres y consideran que eso de alguna manera pudiese significar que *"han dejado de creer en lo que nuestros antepasados creyeron"*.<sup>8</sup>

Plantean que los sukias jugaron un papel importante en la solución de los problemas de salud en las comunidades, sobre todo por que la mayoría de las enfermedades eran atribuidas a los espíritus. Señalan que esas creencias y costumbres *"se fueron perdiendo con la llegada de la Iglesia Morava"*.

En la vida de los comunitarios-as de la Cuenca Media, se da una mezcla de la religiosidad cristiana exógena y la espiritualidad endógena. Lo anterior se pone de manifiesto, cuando

<sup>6</sup> El Obispo Wilson señala que el 7 de octubre de 1923 se dedicó la capilla en Kiplapini y también señala que la filial de Sangsangta atendía la expansión de la Iglesia en la zona de Musawás en el Río Waspuik.

<sup>7</sup> Smutko, G.: La Presencia Capuchina entre los miskitus 1915-1995. URACCAN-Vice Provincia de los capuchinos de América Central y Panamá. COVAO, Cartago, Costa Rica 1996

<sup>8</sup> DRP. URACCAN SLE-1998

los comunitarios-as expresan que cada uno de los recursos naturales tienen sus dueños y que les pertenecen a los espíritus. Esa es la razón por la cual los comunitarios-as le guardan respeto a la naturaleza y sobre todo a los espíritus.

De acuerdo a Cox <sup>9</sup>, la Cosmovisión del pueblo miskitu asume las características propias de *"un pasado lejano que esta siempre presente y asemeja esa descripción a la Misri Yapti-Madre Originaria que representa el final de los tiempos"*.

Entre los actores relevantes de esa visión del mundo identifica a los dioses mayores y menores, los héroes, sus representantes o delegados como los Pasa Yapti o Profetas, los sukias y curanderos. Ellos también son guías espirituales, médicos y legisladores.

Señala que el instrumento que facilita el conocimiento, las costumbres y las manifestaciones de las personas que poseen dones es la lengua indígena, *"aunque esta lengua a veces no es suficiente cuando se trata del rescate del alma al invocar a las divinidades del espacio, del viento, de los ríos, de los cerros y de las montañas"*.<sup>10</sup>

Entre los elementos característicos de esta visión del mundo miskitu, se identifican los siguientes:<sup>11</sup>

- La relación de los comunitarios con la naturaleza
- La espiritualidad
- El uso del parentesco como eje de relaciones diarias
- Las expresiones de generosidad y solidaridad
- Las prácticas de derecho indígena o tala mana
- La toma de decisiones colectiva
- La propiedad comunal
- La oralidad como forma de comunicación
- La desconfianza hacia lo no indígena
- La expresividad de las emociones

<sup>9</sup> Cox, Avelino. Cosmovisión de los pueblos de Tulu Walpa-Según relato de los sabios ancianos miskitos. URACCAN. Bilwi, RAAN. Junio 1998

<sup>10</sup> Idem. Cox

<sup>11</sup> Cunningham, M.: La Identidad del pueblo miskitu. La voz de los hijos del Wangki. Fundación Wangki Luhpia. Waspam. Rio Coco. 1996

con recursos para pagar mano de obra y ampliar sus parcelas. A este grupo pertenece un grupo de familias, que representa menos de la mitad de la población total de cada una de las comunidades de la cuenca media.

El grupo de los que "viven mejor" lo constituyen un grupo muy reducido de familias. Son caracterizados como los que viven mejor por que tienen casas con techo de zinc, otros tienen pequeños negocios, algún ganado y acceso a medios de transporte con mayor facilidad que el resto de los comunitarios. Las mujeres que forman parte de este grupo no trabajan en el campo. Estas familias pagan peones para que les trabajen sus parcelas que normalmente son de mayor tamaño. Algunas veces alcanzan grandes extensiones de tierra.

A este grupo pertenecen en la mayoría de las comunidades miembros de las familias fundadoras. Gozan del respeto de los comunitarios y comunitarias.

Las personas de mayor vulnerabilidad en las comunidades son las madres solteras y las viudas. Estas tienen que cumplir con un doble rol en la familia, y según los comunitarios tienen mayores problemas puesto que no cuentan con el apoyo de un hombre. Una persona en la comunidad expresaba el problema de la siguiente forma; *"Cuando éstas mujeres quieren extender sus áreas de trabajo tienen que pagar peones y, esto es muchas veces imposible"*.

La condición económica de las familias depende de los siguientes factores:

• El tiempo en generaciones que tiene la familia de vivir en la comunidad. Por lo general, las familias fundadoras, están ubicadas entre el grupo de los que viven regular o bien.

- El otro factor determinante es contar con mano de obra disponible en la familia.

#### 1.7.6 Tenencia de la Tierra

La tierra constituye para las comunidades la vida misma, *"si la tierra falta, termina la vida"*. Las comunidades tienen sus límites históricos definidos por las propias comunidades. Los viejitos de cada una de las comunidades son los principales actores de la delimitación territorial de sus comunidades.

En las comunidades no cuentan con títulos de propiedad individual ni colectivo, pero para los comunitarios-as cada comunidad es dueña de su territorio. Por que ahí nacieron y morirán. La tenencia de la tierra para los indígenas de las comunidades es comunal.

"La tierra es nuestra, por eso la cuidamos, ella es nuestra madre y nadie nos puede quitar a la madre tierra"

Las tierras comunales son divididas y distribuidas a familias y trasladadas de generación a generación. La forma de posesión que se entiende es de usufructo y no de propiedad. Las normas de relaciones entre las tierras comunales se basa en el "indian laka", entendiendo esta normativa como formas de respeto mutuo, solidaridad y cultura compartida. Identifican sus linderos.

Los comunitarios distinguen tres tipos de conflictos territoriales:<sup>16</sup>

- Entre comunidades particulares y familias mestizas
- Entre comunidades vecinas
- Hacia fuera (Honduras y el gobierno central)

El conflicto que mayormente les preocupa es el que tienen con el gobierno ya que temen que este los despoje de sus tierras. En las comunidades hay consenso con relación a luchar porque no les quiten sus tierras, puesto que es lo único que les heredaran a sus hijos. Las comunidades se sienten constantemente amenazados por el gobierno. No tienen claro sobre que es la Reserva de la Biosfera de Bosawas.

De 44 líderes entrevistados de 24 comunidades, 27 identifican el conflicto con Honduras como problema.

Al preguntar a 44 líderes comunitarios quien era dueño de las tierras respondieron que el pueblo (15), 18 los comunitarios y el resto, los indígenas miskitus.

Se percibe como una amenaza las incursiones de mestizos que se dedican ya sea a la minería o la explotación forestal. Hay sin embargo, familias mestizas que se han venido a ubicar a estos territorios han tenido que adecuarse a la cultura, costumbres de las comunidades. *"Tienen que cumplir con nuestras normas, si no los expulsamos de la comunidad"*. Señalaba un comunitario en el estudio realizado por URACCAN-SLE en la zona en 1998.

La demanda del título legal del territorio se justifica desde el punto de vista de los comunitarios y comunitarias en el hecho de que una gran mayoría de las comunidades fueron afectadas tanto por la Guerra de Mokorón cuando Nicaragua perdió el territorio en litigio con Honduras ante la Corte Internacional de Justicia, como con la guerra en los 80. A pesar de haber sido trasladadas en los 60 a su nueva ubicación, producto de un acuerdo con el Gobierno de Nicaragua, no recibieron documentación oficial al respecto.

Entre sus demandas también está la búsqueda de acuerdos internacionales para resolver el conflicto con Honduras por el uso del territorio al lado hondureño para agricultura, caza, pesca y cortes de madera.

<sup>16</sup> DRP. URACCAN-SLE. 1998

### 1.7.7. Uso de la Tierra

En las comunidades se identifican tres formas de uso de la tierra.

- Areas de bosque virgen. Se encuentra retirado de la parte habitada.
- Area de cultivos y bosque secundario.
- Area de viviendas a orillas del río.

#### 1.7.7.1. Area de Bosque Virgen

También conocida como reserva comunal y es la parte de la tierra comunal a donde nadie ha penetrado aun. No ha sido repartida y esta destinada para las generaciones futuras.

#### 1.7.7.2. Area de Cultivos

Se conoce como tal, la parte de las tierras comunales, donde se encuentran las parcelas o fincas familiares.

#### 1.7.7.3. Area de Vivienda

Es la parte de la propiedad comunal, donde están ubicadas las casas de todas las familias de la comunidad.

### 1.7.8. Bosque

El bosque tiene un papel muy importante en la vida cotidiana de las comunidades: usan la madera preciosa para la satisfacción de sus propias necesidades y comercializan una cantidad mínima. Sirve para la leña para cocinar, recolectan frutas silvestres, plantas medicinales y cazan animales para complementar la dieta. Del bosque se sacan los árboles que sirven para construir los bató y los pipantes.

En el seno de las comunidades el uso del bosque está basado en normas que ha sido transmitidas de generación en generación. Por ejemplo, la cita de un comunitario, refleja alguna de esas medidas, cuando señala "No podemos cortar los arboles cuando queremos, hay días para cortar árboles y, si no respetamos esos días los espíritus nos castigan".

En el caso de la cacería para el autoconsumo refieren, "Nosotros no cazamos más de lo que podemos comer, si no hacemos eso, somos castigados por el espíritu dueño de los animales". También refieren los comunitarios que antes cazaban más animales que ahora. Dado que se están terminando los animales, deben internarse cada vez mas en la montaña. "En nuestra cultura existe un sistema de caza de animales, así mismo tenemos

el tiempo exacto para ir a pescar, hay tiempos en que las mujeres van a pescar en las lagunas y los rios

#### 1.7.9. Agricultura

En las comunidades se practica la agricultura migratoria de forma rotativa para la subsistencia. Los suelos de mayor fertilidad están cerca de los rios. La mayoría de los cultivos se hacen en esa area, por lo tanto, cuando hay inundaciones, con frecuencia se afectan los cultivos en estas comunidades.

Los productos que mas se cultivan en estas comunidades son: arroz, frijoles, yuca, quequisque, maíz, plátano, banano. Algunas comunidades cuentan con areas de cacao sembradas.

De los 44 lideres comunitarios entrevistados trabajaban en las siguientes actividades:

En la montaña grande de Nicaragua y Honduras  
En la finca a orillas de los caños.

Las herramientas de trabajo agrícola son machetes, limas, palas, azadon y picos.

*" Cuando se trabaja en siembros para la agricultura, lo primero que tenemos que estar observando es a la luna nueva, porque si se siembra en esa fase, no hay producción, esto porque así nos han enseñado nuestros ancestros"<sup>17</sup> "yo mismo he comprendido de cuando la luna está a punto, y durante ese tiempo siembro comida, logro muy buena cosecha, desde hace mucho tiempo nuestros antepasados nos han enseñado el valor que se debe dar a la luna nueva de dejar pasar seis días antes de operar".*

#### 1.7.10. Ganaderia

El ganado con que cuentan las comunidades en su mayoría fueron donados por ONG's después del reasentamiento en los años noventa. El ganado anda libre dentro de la comunidad, alimentándose de pastos naturales. En algunas comunidades han construido cercas que les permiten proteger los cultivos.

La ganaderia principalmente se práctica pro los pobladores con mayores ingresos. La leche y la carne de res se utilizan para mejorar la alimentación familiar y principalmente para tener la posibilidad de resolver problemas financieros. Es comun que la crianza se realice en sistema de libre pastoreo, dentro de los límites del area urbana de la comunidad. El dueño de los animales debe velar por evitar daños en la propiedad ajena.

Normalmente las familias no tienen más de tres cabezas de ganado. Muy pocas familias tienen más de diez cabezas.

<sup>17</sup> Mariela Pantin. Entrevista.

Entre los usos del ganado en las comunidades estan:

- Leche para el consumo de los niños.
- Carne. Cuando destazan una vaca, venden una parte y otra sirve para la alimentación de la familia.
- Como seguro/ahorro. Esta es la principal función, ya que en casos de emergencias, el ganado ayuda a resolver los problemas que enfrenta la familia.
- Muy pocas familias lo ven como forma de estatus social, de poder, de bienestar.

#### 1.7.10.1. Ganadería Menor

Las familias tienen gallinas, cerdos, cabras. Las mujeres y los niños cuidan estos animales. Se crían para venderlos e intercambiarlos por productos de consumo básico que no se producen en la comunidad como sal, azúcar, aceite y ropa.

En el caso de las mujeres solas, sirven para pagar el trabajo que hacen peones en sus parcelas.

#### 1.7.11. Agua

En todas las comunidades hay preocupación con relación al agua. Están conscientes de que está contaminada, pero dicen que no pueden hacer nada más que consumirla así. También comentan que muchas veces tienen que ir a conseguir el agua para beber a territorio hondureño.

El Río Coco es de importancia para las comunidades pues es la única vía de comunicación que los conecta con el resto del país. También es utilizado para lavar oro. Muy poco es utilizado para la pesca.

La pesca es una actividad realizada mayormente por las mujeres y los niños para el autoconsumo de las familias.

Entre las actividades a priorizar establecen el agua, *"si tenemos problemas con el agua en nuestra comunidad, tenemos que resolverlo uniéndonos todos los de la comunidad para hacer pozos, y si no hacemos eso todo el tiempo estaremos con problema de salud"*.

#### 1.7.12. Comercialización

La comercialización en las comunidades de la cuenca media estriba particularmente en la venta de productos agrícolas y la compra de productos básicos por los mismos comunitarios. Venden una mínima cantidad de su producción. Como ha sido señalado hacen esta actividad para poder comprar lo que ellos llaman productos básicos, que son sal, azúcar, ropa. Por lo general, esta actividad la realizan con los comerciantes de Honduras, que usualmente ponen precios muy bajos a los productos.

También comercializan oro con el mismo propósito, pero de igual manera, el precio de este producto depende de lo que quiere pagar el comprador, también usualmente hondureño. A la actividad de guirisería se dedican los jóvenes, principalmente porque las minas quedan retiradas del área de viviendas de la comunidad.

La comercialización de madera es muy poca, ya que en las comunidades no cuentan con las condiciones necesarias para desarrollar esta actividad. La venta de madera se realiza por lo general, dentro de las comunidades, para la construcción de casas u otras obras de las comunidades. En las comunidades, existen pequeñas pulperías donde pueden comprar café, azúcar, sal, ropa, entre otros artículos. La moneda que circula en casi todas las comunidades, es el lempira hondureño.

El comercio se realiza casi exclusivamente con comerciantes hondureños, por eso es que en las comunidades miskitas circula más el lempira que el córdoba. El comercio en las comunidades está determinado por los productos agrícolas y los productos básicos como es el jabón, azúcar, sal, ropa. Durante el mes de Diciembre se vende el arroz. Durante Octubre y Noviembre se cosecha y se vende el maíz. Durante los meses de Abril, Mayo y Junio se cosechan y venden frijoles. Los productos de mayor comercialización son el arroz y los frijoles.

Los problemas como los altos costos en transporte hacia Waspam y Puerto Cabezas obliga a los comunitarios miskitos a vender sus productos a los hondureños, lo que les produce mayor rentabilidad y comodidad. Normalmente los miskitos reciben muy poco ingreso por los productos que venden, ya que no existen canales de información sobre los precios que rigen en otros lugares de la región.

De los 44 líderes comunitarios entrevistados, 24 venden sus productos en Honduras, 4 en su propia comunidad, 3 en Waspam, 4 en San Carlos, 1 en San José Bocay y 3 en Wiwili, el resto no opino.

#### 1.7.13. Guirisería

Se practica todo el año pero es más productivo en época seca, por la sequía de los ríos. La actividad agrícola es menor en este tiempo. Tanto los hombres como las mujeres y los jóvenes se dedican a la guirisería. El otro se les vende a los comerciantes hondureños y a algunos comerciantes locales.

#### 1.7.14. La Educación

La educación en las comunidades de Río Coco arriba ha estado determinada por las iglesias, especialmente por la Iglesia Morava, por ser ésta la primera institución, que introdujo la educación formal en la zona. Los misioneros desarrollaron su trabajo educativo, en función de garantizar la evangelización y cristianización de las comunidades.

La mayoría de las comunidades cuentan con infraestructura escolar construidas por el



proyecto Wangki y la Fundación Wangki Luphia en los primeros años posteriores al retorno. En los últimos años, el Gobierno, a través del FISE está completando y mejorando infraestructura escolar. Por lo general, cuentan con tres aulas y una oficina para la dirección. No disponen de bibliotecas ni para uso escolar mucho menos comunitario.

Por lo general, sólo se imparten los tres primeros grados de educación primaria. Hasta tercer año de secundaria sólo hay en dos comunidades de la cuenca media: San Carlos y la Esperanza, sin embargo el servicio ha sido inestable, ya que los maestros/as no han logrado establecer acuerdos con el MED para que este les garantice su salario de forma regular.

En las escuelas, muchas veces, suspenden las clases porque los maestros/as tienen que buscar otras formas de ingresos económicos para asegurarse su sobrevivencia. Las clases se imparten en Miskitu y español. Para muchas familias esto representa una desventaja puesto que consideran que si sus hijos/as tienen la oportunidad de seguir sus estudios en Bilwi o en Waspam, deben usar bien el español y, normalmente tienen problemas.

En las comunidades de Río Coco arriba no hay personal docente formados como maestros/as bilingües e interculturales. Las escuelas no cuentan con los materiales adecuados para el desempeño del proceso enseñanza- aprendizaje, algunas veces no tienen ni el mobiliario básico. Los útiles escolares son vendidos a la comunidad por lo que algunos padres/madres de familia se ven obligados a retirar a sus hijos de la escuela por no contar con el dinero necesario para pagar esos materiales educativos.

#### 1.7.14.1 La Educación Endógena

La transmisión de conocimientos, saberes, dones y habilidades por parte de los padres, madres y abuelos/as son de gran importancia para las comunidades. Para los comunitarios/as esa forma de educación ha sido la que históricamente les ha dado repuesta en sus vidas. Así se encuentran planteamientos tales como, "Nuestros padres nos enseñaron a trabajar la tierra" o, expresiones como la siguiente "No hacemos la siembra combinada, porque mi viejo no me enseñó eso, sembramos un solo producto en una parcela".

En la transmisión de conocimientos los padres le enseñan a los hijos varones, y, las madres a las hijas mujeres.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> A través del Proyecto DIREPI. Diagnóstico de la Realidad Educativa de los Pueblos Indígenas, coordinado por la Fundación Rigoberta Menchú a nivel de Mesoamérica, le correspondió a URACCAN coordinar la parte de la Costa Atlántica. Se encuentra sistematizada un material importante sobre las prácticas de educación endógena de los pueblos indígenas y comunidades étnicas miskitu, sumu-mayangna, creole, rama y ulwa. Se publicará un cuaderno comunitario en los próximos meses.

### 1.7.15. Formas de Comunicación

En las comunidades se distinguen dos formas de comunicación: la formal y la informal.<sup>19</sup> La comunicación informal es aquella donde los mensajes no son oficiales, y se transmiten a través de pláticas entre hombres y mujeres ya sea en el campo, en las parcelas, en los patios de las casas o bien en el río. *"Es la comunicación que va de boca en boca y de casa en casa"*.

Avelino Cox, lo destaca en su libro cuando destaca entre las costumbres del pueblo miskitu, el lavado de ropa.<sup>20</sup> Dice, que en las comunidades miskitas, no es cuestión de lavar la ropa, sino que se hace en un día especial en el cual se reúnen todas las vecinas, conocidas y amigas... "las mujeres hacen participar a sus niñas que, aunque hacen pocas cosas, así van aprendiendo esa tarea tan importante en la vida de la comunidad". Agrega que, mientras lavan, hablan mucho sobre sus casas, la comida, la vida familiar, entre otras cosas.

La comunicación formal es aquella que es transmitida por el coordinador a toda la comunidad o el pastor en la Iglesia a la hora de la misa o culto. Se considera una información oficial aquella que el coordinador, el consejo de anciano, el juez, el pastor, el síndico convocan a toda la comunidad para transmitirle algún mensaje de importancia. *"Cuando suena la campana es porque se trata de una reunión importante"*, señala un comunitario.

Las informaciones entre comunidades se hacen a través de los policías enlaces o por medio de mensajeros seleccionados para cumplir esa función. Los hombres son los que asisten más a las reuniones. Hay muchas explicaciones al respecto. Algunos alegan que las mujeres tienen que cuidar la casa y los hijos. Otros, plantean que las mujeres tienen otras responsabilidades en las comunidades. En el estudio se plantea que las mujeres son las que mejor manejan el dinero del hogar. Normalmente, los hombres se encargan de transmitirles las informaciones, así señala una comunitaria, *"Casi siempre las reuniones son para hombres, pues hablan de títulos y de proyectos, las mujeres solo servimos de apoyo a veces"*.

### 1.7.16. Las Organizaciones en las Comunidades

#### 1.7.16.1. Familia

En las comunidades se encuentran dos conceptos de la familia que se complementan mutuamente: la familia núcleo y la familia extensa.

La familia núcleo está compuesta por la mamá, el papá, los hijos e hijas. Esta familia núcleo representa la base de la organización familiar en las comunidades.

La familia extensa, es la que está compuesta, por todas aquellas personas que están

<sup>19</sup> DRP.URACCAN-SLE. Cuenca Media del Río Wangki. 1998

<sup>20</sup> Cox. A. Cosmovisión de los pueblos de Tuluwalpa. URACCAN. 1998

unidas por lazo de sangre. Estas se apoyan a través del sistema de apoyo mutuo como es el Pana Pana.

Se conocen también como taia nani o kiamp. Se consideran taya nani a todos los parientes dentro y fuera de la comunidad a los cuales los une un sentimiento general de parentesco. En cambio, los kiamp son los descendientes directos vivos de determinado pariente.<sup>21</sup>

Diversos estudios, revelan que los roles de los miembros de la familias están claramente definidos. De acuerdo a los contactos culturales previos, también se encuentran diferentes patrones de relaciones jerárquicas en el seno de las familias.

Normalmente, son matriarcales. Cuando una pareja se casa, se trasladan a vivir a la casa o a la comunidad de la mujer. El hombre más anciano de la familia es el jefe, y, es quien representa a la familia. Las decisiones las toma en conjunto con la mujer más anciana del hogar.

En las actividades productivas se expresan los roles de la siguiente forma:<sup>22</sup>

<i>División Genérica del Trabajo en Actividades Agrícolas en el Río Coco</i>		
Actividades	Sexo	Forma de Trabajo
Roza	Hombres	• Individual
		• familiar
		• Asalariado
		• Mano vuelta
Siembra	Mujeres	• Mano Vuelta
		• Familiar
		• Asalariado
Limpieza	Mujeres	• Familiar
		• Individual
		• Asalariado
Cosecha	Hombres y Mujeres	• Familiar
		• Asalariado

<sup>21</sup> En la voz de los hijos del Wangki, publicado por la Fundación Wangki Luhpia. Cunningham presenta en el capítulo sobre la vida en la comunidad diversas expresiones de la vida en la familia.

<sup>22</sup> Proyecto Wangki. UE. Río Coco. 1991

En el caso de los jóvenes y niños, también se encuentran actividades diferenciadas.<sup>23</sup>

Responsabilidades de Jóvenes en Comunidades Miskitas del Río Coco	
<i>Varones Jóvenes</i> <i>Wahma Nani</i>	<i>Mujeres Jóvenes</i> <i>Tiara Nani</i>
• matar cerdos	• cocinan
• cortar leña	• cargar leña
• recoger arroz	• amontonan y pilan arroz
• despalan monte	• amontonan y queman monte

#### 1.7.16.2. Organización Comunal

Las autoridades comunitarias son electas a través de mecanismos tradicionales, que normalmente son asambleas generales. Eligen a través de este mecanismo al juez o wihta, al síndico, al coordinador, al Consejo de Ancianos al líder de salud.

Entre las funciones de estas autoridades comunitarias están las siguientes:

##### 1.7.16.2.1. El Consejo de Ancianos

Tiene la función de asesor o dar consejos a las comunidades, a las familias y a las personas individuales. También deben mediar, en caso de producirse conflictos. También definen normas que todos los comunitarios/as deben de acatar.

##### 1.7.16.2.2. El Juez o Wihta

Es la persona encargada de garantizar el orden y la aplicación de la justicia en las comunidades. Es la autoridad responsable de velar por la tranquilidad de la comunidad. El juez aplica los castigos a aquellos que faltan a las normas ya establecidas. Es una persona de mucho respeto en la comunidad.

##### 1.7.16.2.3. El Síndico

Es la persona electa por la comunidad que tiene la responsabilidad de velar por los recursos naturales y las tierras comunales. Los síndicos, tienen en su poder los títulos reales o cualquier otro documento que exista sobre los derechos territoriales en la comunidad.

Es el encargado de representar a las comunidades en las reuniones, negociaciones y gestiones sobre la tenencia de la tierra. Para negociar debe contar con los consejos sabios

<sup>23</sup> Fundación Wangki Luhpia. La voz de los hijos del Wangki. La Identidad el Pueblo Miskitu. 1996

del Consejo de Anciano. También debe consultar con ellos sobre la concesión de permisos para la extracción de madera, plantas medicinales, cacería u otras riquezas en la propiedad de las comunidades.

#### 1.7.16.2.4. El Coordinador

Es el encargado de organizar a la comunidad para el desarrollo de actividades en beneficio de la misma comunidad. Es el que representa a la comunidad ante las demás comunidades, autoridades del Gobierno y ONG's.

Los pastores, maestros, líderes de salud, parteras y curanderas son personas respetadas en las comunidades, gozan de credibilidad y para las toma decisiones son tomados en cuenta.

### **1.8. La Cuenca Media del Río Coco**

Desde 1960 el Río Coco es el límite septentrional de Nicaragua y Honduras y cuenta aproximadamente con 780 km. de longitud, siendo uno de los ríos más largos de Centro América. La Cuenca Media del Río Coco o Wangki también conocida como el territorio LI LAMNI TASBAIKA KUM, que significa "*donde se encuentran las aguas mansas*", esta ubicada en el municipio de Waspam. Por sus características socioeconómicas y geográficas se puede dividir la Cuenca del Río Coco en tres partes: Río Coco arriba localizado entre las comunidades Siksayeri y San Jerónimo; Río Coco medio localizado entre Bull Sirpi y Wasla; Río Coco abajo entre localizado entre Kum y Cabo Gracias a Dios.

Las comunidades de la Cuenca Media fueron fundadas a principios del presente siglo. Sus habitantes vinieron de Raiti, Cabo Gracias a Dios, Lackus entre otras comunidades. Otras comunidades se fundaron en 1961 después que se entregó el territorio en litigio con Honduras, estas se encuentran casi en su totalidad en las zonas altas a la orilla del río desde Waspukta hasta Karizal.

Las comunidades fueron fundadas por pequeños grupos de familias, que juegan un papel muy importante en la estructura comunitaria, los nombres asignados a las comunidades están relacionados con el entorno natural. Las poblaciones se dedican a la agricultura, la caza, la pesca y el comercio.

La Cuenca Media como el resto del municipio del Río Coco es un área marginada, la comunicación es casi nula y de difícil accesibilidad. Su única vía de comunicación es el río que es parte de su vida diaria, el cual debido al alto grado de deforestación y quema a todo lo largo de su curso ha provocado alto grado de erosión y sedimentación a tal grado que en época seca se dificulta el transporte acuático.

Waspam cuenta con una pista de aterrizaje y una carretera en mal estado que lo comunica con Puerto Cabezas y el resto del país.

Las comunidades no cuentan con agua potable, ni luz eléctrica, sus casas son de bambu o de madera con techos de palma generalmente y muy pocas con techos de zinc. Las viviendas se construyen sobre palafitos o tambos.

Sus pobladores son agricultores de granos básico y otros cultivos como las musaceas, raíces y tubérculos, y cacao. La agricultura se desarrolla en tierras aluviales fértiles localizadas a ambos lados del río Coco.

Económicamente la población del río Coco está más relacionada con la economía hondureña que con la de Nicaragua.

En la Cuenca Media del río Coco existen 24 comunidades que son las siguientes: Amakik, Asang, Casa Sola I, Casa Sola II, Florida, Karrisal, Kitaski, Klisnak, Krasa, Krin Krin, Namahka, Pilhpilia, San Carlos, San Esquipulas, San Juan de Bodega, San Pedro, Sang Sang, Santa Isabel, Santo Tomás, Tulankira, Tulimbila, Waspukta y Wiwinak.

La definición de los límites de Li Lamni Tasbaika Kum se realizó en el mes de junio de 1998.

#### 1.8.1. Cosmovisión de los Pueblos Indígenas de la Cuenca Media del Río Wangki

En la memoria colectiva está el hecho de que los antepasados de las comunidades de la Cuenca Media tenían sus propias creencias, costumbres y tradiciones relacionadas a la naturaleza en que vivían. Refieren que en la actualidad son muy pocas las personas que expresan libremente sus creencias y costumbres y consideran que eso de alguna manera pudiese significar que *"han dejado de creer en lo que nuestros antepasados creyeron"*.<sup>24</sup>

Plantean que los *sukias* jugaron un papel importante en la solución de los problemas de salud en las comunidades, sobre todo por que la mayoría de las enfermedades eran atribuidas a los espíritus. Señalan que esas creencias y costumbres se *"fueron perdiendo con la llegada de la iglesia Morava"*.

En la vida de los comunitarios-as de la Cuenca Media, se da una mezcla de la religiosidad cristiana exógena y la espiritualidad endógena. Lo anterior se pone de manifiesto, cuando los comunitarios-as expresan que cada uno de los recursos naturales tiene su dueño y que les pertenecen a los espíritus. Esa es la razón por la cual los comunitarios-as le guardan respeto a la naturaleza y sobre todo a los espíritus.

De acuerdo a Cox<sup>25</sup>, la Cosmovisión del pueblo miskitu asume las características propias de "un pasado lejano que está siempre presente" y asemeja esa descripción a la Misri Yapti - Madre Originaria que representa el final de los tiempos.

<sup>24</sup> DRP. URACCAN. SLE-1998

<sup>25</sup> Cox, Avelino. Cosmovisión de los Pueblos de Tulu Walpa. Según relato de los sabios ancianos mikitos. URACCAN. Bilwi. RAAN. Junio 1998.

Entre los actores relevantes de esa visión del mundo identifica a los dioses mayores y menores, los heroes, sus representantes o delegados como los Pasa Yapti o Profetas, los sukias y curanderos. Ellos tambien son guias espirituales, medicos y legisladores.

Señala, que el instrumento que facilita el conocimiento las costumbres y las manifestaciones de las personas que poseen dones es la lengua indígena, *"aunque esta lengua a veces no es suficientes cuando se trata del rescate del alma al invocar a las divinidades del espacio, del viento, de los ríos, de los cerros y de las montañas"*.<sup>26</sup>

Entre los elementos característicos de esta visión del mundo miskitu, se identifican:<sup>27</sup>

- La relacion de los comunitarios con la naturaleza
- La espiritualidad
- El uso del parentesco como eje de relaciones diarias
- Las expresiones de generosidad y solidaridad
- Las practicas de derecho indígena o tala mana
- La toma de decisiones colectiva
- La propiedad comunal
- La oralidad como forma de comunicación
- La desconfianza hacia lo no indígena
- La expresividad de las emociones

#### 1.8.2. Conocimientos, Saberes y Dones

Las actividades de sobrevivencia y las actividades económicas de cada grupo etnico de la región están directamente relacionados con la concepción sobre el uso de los recursos naturales. Los pobladores de la Región Caribe de Nicaragua siempre han vivido desde antes de la conquista en un medio ambiente hostil y de alto riesgo, frecuentemente sufriendo huracanes, inundaciones, lluvias abundantes. Su alimentación se baso en especies abundantes que encontraban en su medio ambiente, tanto animal como vegetal, eran muy hábiles en la pesca y la caza.

Para los pueblos autóctonos de la Costa Atlántica de Nicaragua, el concepto de salud y enfermedad es diferente al concepto occidental. Segun ellos, las enfermedades eran provocadas por diferentes espíritus, demonios, algunos animales y el espíritu de los muertos que originaban enfermedades peligrosas. Su vida estaba ligada a la naturaleza, los ríos, montañas, estrellas, la luna, el sol y al medio ambiente donde viven le deben respeto a los ancianos, a la lapia que es la que corta el ombligo al nacer un niño o niña, a los curanderos, sukias y parteras. Antes de la conquista la medicina tradicional era ejercida por el sukia. El poder espiritual lo tenia el Ukuli.

Eran respetados por el poder mágico que tenían y eran consultados para cualquier

<sup>26</sup> Idem. Cox.

<sup>27</sup> Cunningham. M.: La Identidad del Pueblo Miskitu. La Voz de los Hijos del Wangki. Fundación Wangki Luhpia. Waspam. Río Coco. 1996.

situación. No solamente curaban enfermedades sino que también tenían el poder de descubrir el "poisin"; practica de la magia negra para eliminar a los enemigos.

Eran líderes importantes en la comunidad y podían decidir: las guerras, la política, comercio y resolución de conflictos. Los tratamientos se componían de diferentes técnicas como: ceremonias de éxtasis; usos de plantas medicinales, masajes, intervenciones quirúrgicas, recomendaciones dietéticas, cantos de conjuros, baño de vapores, humo de tabaco, prohibiciones como interponerse entre el viento y la casa de un enfermo, una mujer embarazada o que menstrua no puede tocar la comida o no la pueden ver los enfermos.

Las condiciones higiénicas sanitarias y ambientales, reunían todos los factores para generar epidemias en los pueblos y comunidades miskitas, sumándole la defecación al aire libre o en el río.

### 1.8.3. Religion

Muchos mitos provienen de la creencia y el contacto con lo sobrenatural. Para muchas culturas esto implica o supone una religión, generalmente politeísta.

En el caso particular de los miskitos, la religión y el ritual van ligados; estas dos asociaciones incluyen creencias sentimentales o puramente prácticas religiosas (Cox, 1998: 39-40).

Las religiones que se practican en las comunidades actualmente son la Morava y Católica, así como las más recientes la Iglesia de Dios.

Los miskitos nicaraguenses fueron evangelizados por misioneros moravos. Durante la segunda mitad del siglo XIX. La conversión religiosa se dio en el periodo en el cual Gran Bretaña realiza sus últimos esfuerzos de mantener su influencia en la región. La administración británica impulsaba medidas modernizadoras debido a la cual vio con buenos ojos el establecimiento de una misión religiosa que evangelizara y "civilizara" las poblaciones aborígenes locales. Este es el contexto en que se inició la labor de la misión Morava en Nicaragua en 1849, localizándose su foco entre la población creoles (afroamericana) del área urbana de Bluefields y regiones aledañas.

Los primeros cincuenta años de labor Morava en Nicaragua se dieron en un medio social inestable.

#### 1.8.3.1. La Vida y la Muerte

Los resultados de las encuestas que incluyen a 48 personas revela que el 100% le rinde culto a los muertos. El sincretismo religioso se siente con más fuerza en la cultura miskita, durante la época de semana santa.



Avelino Cox en su libro Tulu Walpa (1998), menciona el culto a los muertos como el ritual religioso del Sihkru, al igual que las practicas religiosas del Pay, para levantar a los muertos y transición hacia el Yapti misri.

A las mujeres no se les permite su participación en estos rituales.

#### 1.8.4. Relación Mujer - Hombre en la Comunidad

##### 1.8.4.1. La Familia

La familia está constituida por la madre, el padre y los hijos como familia nuclear, que es la base de la organización en las comunidades y para el desarrollo comunal. Los hombres son los jefes de familia, es el que usualmente sale a trabajar, la mujer se queda y trabaja en la casa donde manda y toma decisiones.

El hijo mayor y menor son los que se quedan en la casa con sus trabajos definidos, ellos son los que se harán cargo de los padres cuando estos envejezcan. En la siembra y la cosecha toda la familia se involucra en el trabajo. En ausencia del padre la mujer es la que manda. La tierra es heredada por igual al momento de la muerte del padre. La tierra para trabajar se divide a los hijos en vida de los padres. La familia es toda aquella persona con lazo familiar.

##### 1.8.4.2. Rol de la Mujer

Las mujeres mikitas apoyan a los hombres en la siembra y la cosecha de sus cultivos. La tala, roza, quema, limpieza de las parcelas son actividades que realizan los hombres. Los animales como el cerdo, gallinas, caballos y otros sirven para pagar y apoyar en la siembra y trueque.

Generalmente el cuidado de estos animales recae en las mujeres. Los niños son mano de obra importante para las familias como contribución al ingreso familiar. Para pagarle a un trabajador de apoyo externo se puede hacer de tres formas: dinero equivalente a 35 córdobas por día, en especie sobre todo en carne, siete libras por día y pana pana que se hace en trabajos que necesitan mucho personal en la siembra y cosecha y se hace por familia grandes y viudas, mujeres solteras y personas humildes.

##### 1.8.5. Salud y Enfermedad

En 1995, un estudio socioeconómico en 30 comunidades del Río Coco reflejó la insalubridad de la zona. Entre las enfermedades más comunes se citan las siguientes: parasitosis intestinal, mal de pinto, malaria, desnutrición (es muy común y evidencia un alto índice de mortalidad infantil), la tuberculosis, pian, sífilis y úlceras tropicales.

La tuberculosis se comienza a presentar en los jóvenes que van a las Minas en busca de trabajo. Con el desarrollo del Seguro Social en el resto del país se establecen convenios entre estos servicios y las empresas para atender a los pacientes trabajadores. El resto de la población es atendida en los Centros de Salud con servicios limitados.

A finales de los años '60 el Hospital Moravo de Bilwaskarma junto con la Iglesia Católica y el gobierno ampliaron los programas comunitarios. En este periodo se capacitan a más de 400 líderes comunitarios.

El programa de Atención Rural, conocida por sus siglas PUMAR, continuó la atención médica, coordinando con otros programas de desarrollo comunitario con la Alianza para el Progreso. A esto se suman los programas de planificación familiar con financiamiento de USAID con vacunaciones, construcción de pozos y letrinas. Los servicios de salud eran muy limitados y tenían mucho énfasis en la atención curativa y muy poca en salud preventiva.

A partir de este momento hasta 1964 las compañías norteamericanas se instalaron en la Costa Atlántica de Nicaragua extrayendo cuanto recurso natural se pudo con la fuerza de trabajo local, sin hacer ninguna inversión, ni social ni de infraestructura que beneficiara a los habitantes de esta región.

En contraste, varios investigadores han señalado que durante el periodo de 1940 a 1950, Nicaragua estuvo entre las diez naciones mayores productoras de oro del mundo, pero el pueblo costeño no obtuvo ningún beneficio de la riqueza de su territorio más que altos números de tuberculosis y silicosis. Además, pueblos enteros fueron reducidos por el cianuro que se empleaba para lavar la broza en la extracción de oro y que caía al río Waspuk.

#### 1.8.6. Costumbres y Tradiciones

##### 1.8.6.1. Lengua

En todas las comunidades de la Cuenca Media se habla la lengua miskita, y es de uso común en las comunidades, en la comunidad de Santo Tomás de Umbra se habla sumomayagna, en Bodega se habla el español.

De los encuestados solamente dos refieren que no afecta la salud el hablar su lengua, en las encuestas restantes los individuos sienten que el hablar miskito los afecta al momento de recibir atención en el servicio de salud.

- *"Si nos afecta, por que al hablar muestra lengua materna cuando no entiende en otros lugares"* - Sonono Lino.
- *"Afecta a personas extrañas para tener relaciones por ejemplo con los médicos cubanos, no entienden"* - Sivanía Frank

**"Afecta por no se aclara bien su problema o su caso por que el otro no maneja la lengua miskita" - Norberto Hunter**

El estudio refleja que de 44 líderes comunitarios de la zona encuestados, 30 hablaban miskitus, 7 castellano y 7 mayangna. 37 señalaban estar utilizando su propio idioma y 3 no la reconocían como tal, el resto no respondió. A ninguno le daba vergüenza utilizar su idioma identificado como materno. Los ámbitos de uso del idioma eran el hogar, en clase, en el campo y en los negocios. Todos desean mantener su idioma. 25 de los encuestados plantean que el uso del idioma afecta la prestación de servicios de salud, porque no entienden de lo que se les habla en las unidades de salud y les disgusta no entender. Plantean que al no entender *"creen que el miskitu no vale nada"*.

La distribución de los ámbitos de uso de los idiomas fue la siguiente:

Ámbitos de uso de los idiomas en comunidades de la Cuenca Media del Río Coco					
Idioma	Hogar	Aula	Campo	Negocio	Total
Miskitu	30	30	30	30	30
Castellano	7	7	7	7	7
Mayangna	3	3	3	-	3

Fuente: Cunningham. Chow: 1999

### 1.8.7. La Espiritualidad Indígena

La espiritualidad del pueblo, es muy importante. Todos los dirigentes entrevistados creen en somtin<sup>28</sup> parteras, líderes, pastores, partidos políticos, Consejo de Ancianos, coordinador, juez y pastor, la creencia más fuerte es sobre el lasa, los espíritus malos, los espíritus de los muertos, el dueño de la montaña<sup>29</sup>, sukia, curandero, hechicero, las creencias religiosas, la Madre Tierra, Dios, duendes.

Celebran el día de los muertos y para esa fecha arreglan el panteón. Hacen culto ese día a los muertos en el panteón. Entre las leyendas más conocidas en la comunidad esta sobre Kurindan, el conejo y el tigre, el Nikiniki, el diablo, el Ulak, los gigantes, el sula.

Entre las creencias la naturaleza juega un papel importante. *"La luna es considerada un astro que trabaja con las mujeres y los cultivos". "En los bosques hay bastante hierbas que curan las enfermedades". "Con la luna tierna es cuando se tumban los palos, se cazan animales y se siembran las semillas", "por medio de hierbas se ha salvado a muchas personas y la base principal es la agricultura, respetando los movimientos de la luna que nos hace la naturaleza"*.

Creen en el veneno y el libro negro que se usa para maldades. *"Hay gente que sabe de medicinas, cosa del monte, del demonio, del dueño de la montaña, el dueño del agua y demonios del aire"*.

<sup>28</sup> También se podría identificar como hechizo.

<sup>29</sup> Ver libro de Avelino Cox y Ana Rosa Fagot sobre Cosmovisión Miskita.

*"Nosotros respetamos a los árboles porque nos da su ayuda curándonos". "También respetamos la luna nueva y los eclipses". "Tienen sus danzas y cantos propios, los astros tienen movimiento con los siembros, con las mujeres y los árboles para curar muchas enfermedades".*

#### 1.8.7.1. La Tradición Oral y la Salud

La tradición oral y la transmisión de generación a generación ha sido la forma de mantener vigente estos conocimientos y saberes, así dicen que *"Estas creencias han sido transmitidas por los ancianos" y "porque de ellas vivimos"* (comunitaria entrevistada).

Hay un profundo respeto y confianza en los Sukias, curanderos y parteras. *"Desde hace mucho tiempo se le respeta a los conocedores de medicinas tradicionales, porque antiguamente nunca hemos tenido hospitales y las hojas de las hierbas y las raíces de ciertas plantas han sido nuestro sostén en contra de las enfermedades"*<sup>30</sup>. Todas las comunidades de la zona refirieron contar con Sukias.

Entre las formas de terapia, además de usar las plantas medicinales, se usan otras formas de terapia, *"a mi me gusta mucho el baile sukia, además los Sukias ayudan a muchas personas cuando están enfermas"*<sup>31</sup>, *"cualquier enfermedad se soba con hierbas"*, *"las hierbas son las medicinas nuestras, hace muchos años nuestros antepasados a veces sobaban o si no con el pulso lo detectaba los tipos de enfermedades, y a así poco a poco uno a otro lo enseñaba siempre. Hoy tenemos el derecho de usar la costumbre nuestra por eso sigue actual (vigente), la creencia que tenemos del curandero, el hechicero y las sukias y también los doctores vienen con su idea científica"*<sup>32</sup>.

#### 1.8.7.2. La Salud, la Revitalización Cultural y la Identidad

La revitalización cultural y el desarrollo de la conciencia del valor de esa cultura despierta un sentimiento de identidad y de profundo respeto entre los comunitarios/as. Pero también lleva a valorar la cultura externa, la cultura del otro. Eso sienta las bases para compartir los conocimientos entre ambas culturas.

Así lo evidencia esta entrevista: *"Nuestra cultura india es algo maravilloso. Es muy necesario continuar utilizando los trabajos ya realizados hasta el día de hoy por nuestros ancestros, nosotros sabemos que recibimos estas enseñanzas para defendernos en contra de las enfermedades, como por ejemplo, a través del culto de los Sukias. Nuestras medicinas tradicionales es algo respetuoso para que todo el tiempo las tengamos, pero yo he tenido una experiencia muy importante en relación a las medicinas. He notado que es más interesante la medicina tradicional comparada con la medicina de los médicos, por que es más fuerte, por tanto, yo creo que es menester las dos clases de medicinas y*

<sup>30</sup> Ronald Picado Salgado. Guardabosque de Waitaska. Río Coco

<sup>31</sup> Dirigente sumu-mayangna de Santo Tomás de Uimba

<sup>32</sup> Profesor Fidel Lacayo. Comunidad Andris Tara

*que se practique, porque si uno falla se podría utilizar la otra clase para nuestra sobrevivencia. Está escrito en el libro de leyes que cada cultura tiene sus derechos y se puede compartir. Esta forma de compartir nuestros conocimientos nos puede ayudar mucho para mejorar nuestra convivencia comunitaria*”<sup>33</sup>

Esto se ratificaba con los planteamientos de una comunidad mestiza, que vive en la zona, *“la espiritualidad de los miskitus y sumus nos da a entender que como se deben de amar o quererse de manera espiritual, por ejemplo, si una familia mató un venado, todos los de la comunidad comen de este venado, en otra forma, cuando van a sembrar una parcela todos los del pueblo van a ayudar”*<sup>34</sup>

Las formas de terapia son múltiples y en todos los casos la confianza que los comunitarios/as tienen tanto en los que prestan el servicio de salud como en las mismas terapias y creencias es una importante base para garantizar la reproducción de ese sistema de salud indígena. *“Dios creó los árboles, los árboles que están en los patios, los árboles de las grandes montañas. Para que el árbol y las hierbas tengan buen efecto y tengan poder para curar la enfermedad se toma el remedio del norte y del sur y mientras se toma la hierba se dice oraciones, también se amarra hierbas para que el enfermo hable de su enfermedad en sueño, y diga con qué se puede curar ya sea con hierbas bebidas, en bao, baño o sobado.”*

#### 1.8.7.3. La Salud Indígena es Integral

Se reitera en muchas percepciones comunitarias el concepto integral de la salud, así dicen *“Hay medicinas para que lo odien, para que lo quieran las mujeres, estos trabajos se hacen los viernes a medio día diciendo oraciones y se hacen en perfumes o cigarrillos”*<sup>35</sup>

Los conocimientos se perciben como una propiedad colectiva, manejada por individuos que tienen dones específicos<sup>36</sup>. No se concibe que se escondan, aunque eso sucede en la práctica solidaria es un elemento importante en la práctica de la medicina comunitaria, *“si una persona sabe algo de medicina, nunca deja morir a su paciente así mismo le dice cual es el origen de su mal”*.

Los resultados del estudio coinciden con investigaciones previas<sup>37</sup>. En estudio realizado, por la Fundación Wangki Luhpia<sup>38</sup>, se encontró que la mayor cantidad de partos atendidos entre los años 1991 y 1993 fueron atendidos por las parteras en la RAAN. Y, en caso del Río Coco, datos de los mismos años, también reflejan la misma situación.

En el estudio del Dr. Moraga de Acción Médica Cristiana realizado en 1989-1990, se evidencia que la tendencia de las familias era llevar al paciente gravemente enfermo al

<sup>33</sup> Jose Dixon Willy. Comunidad de Karizal. Co-pastor

<sup>34</sup> Dirigente mestizo de la comunidad La Bodega, Río Coco

<sup>35</sup> Grupo focal, San Carlos, Río Coco, junio 1999

<sup>36</sup> Alemán, Wilson y McCoy. Percepción de las comunidades indígenas sobre la biodiversidad, propiedad intelectual y derechos indígenas. IMIRADC-IREMADES-URACCAN.1998

<sup>37</sup> Ver estudios de Moraga, F. de AMC y Cunningham de la FWI.

<sup>38</sup> Cunnningham y col. Medicina Tradicional en comunidades miskitas del Río Coco. Fundación Wangki Luhpia. Waspam. 1994

curandero y cuando el problema no se podía resolver, lo llevaban en segundo lugar al médico.

En el estudio realizado por Cunningham para la Fundación Wangki Luhpia se refleja que el 80% de las personas acude primero a un familiar que sabe de salud indígena o a un curandero o sukia antes de ir al Puesto de Salud. Si a lo anterior se suma el hecho de que los Puestos de Salud no tienen medicinas y el personal de salud no se percibe como idóneo desde la perspectiva comunitaria, no hay muchas razones para hacer uso de ese servicio.

**Cuadro Comparativo de partos en el Río Coco  
(Primer semestre de cada año)**

Tipo de Atención	1991	1992	1993
<b>Hospitalario</b>	59	33	85
<b>Auxiliar</b>	86	103	138
<b>Partera</b>	179	123	387
<b>Total</b>	324	259	610

#### 1.8.7.4. Situación Sanitaria: Abastecimiento de Agua Limpia, Letrinas y Drenajes

El acceso de la población a nivel nacional al agua potable es de 60%. En los países ricos es de 100% y en los más pobres de 50%<sup>39</sup>. Nicaragua está casi al nivel de los países más pobres en terminos porcentuales, sin embargo hay una enorme diferencia entre el nivel rural y urbano.

Con relación a la situación higiénico sanitaria en las comunidades del Río Coco, se encuentra la situación siguiente:

El total de las comunidades sufrió pérdidas de la fuente de agua limpia que utilizaban antes del Huracán Mitch, ya sea pozos o criques-caños ubicados ya sea en algunos casos al lado nicaraguense y en otros al lado hondureño.

Los datos revelan la pérdida de 102 pozos y 448 letrinas en las comunidades de la zona de Río Coco arriba<sup>40</sup>.

En un estudio realizado en la zona<sup>41</sup> se evidencia el problema del abastecimiento de agua limpia en las comunidades de la Cuenca Media del Río Wangki.

*"El agua para el consumo lo obtenemos del territorio hondureño, para ello tenemos que cruzar el Río Coco. Es uno de los problemas fundamentales, que contamos con un caño que circula en el territorio comunal llamado Zipul, pero la distancia es alejada, lo que*

<sup>39</sup> la Tribuna, 1 de septiembre 1999

<sup>40</sup> URACCAN'S UPDATE

<sup>41</sup> DRP. URACCAN-SLE. 1998

*dificulta aprovechar el agua de esa fuente"* (Traducción de entrevista a comunitario de Santa Isabel)

*"El agua, es de mucha importancia, significa vida. El agua para beber y cocinar se obtiene del Río Umra y del Caño Waula Was: ahí nos bañamos, lavamos ropa. El Río Umra se está contaminando producto de la actividad de guirisería que realizan algunos comunitarios. A causa de esto se enferman continuamente, pero no podemos prevenirlo por la falta de cloro. Otra de nuestras preocupaciones es que el río Umra ya producto del despale en las riberas se está secando".* (Traducción de entrevista a comunitario de Umra)

*"El agua es muy importante porque sin el agua nadie puede vivir. Usamos el agua del Río Coco, caños y lluvias para lavar ropa, bañarnos, pescar, lavar oro, beber y también lo usamos como medio de transporte. El agua que bebemos es de una fuente de agua subterránea o manantial o pozo".* (Comunitario de San Carlos)

*"Dentro de la comunidad tenemos cuatro caños que son Kipipi tingni, Puramaira tingni, Jarquin Tingni, Labina tingni y en Honduras existen dos caños que son Kahba tingni y Awawas tingni de donde obtenemos el agua para beber durante el verano. Consideramos que el agua que tomamos no es limpia, pero por necesidad tenemos que consumirla"* (Comunitaria de Karizal)

De las 24 comunidades entrevistadas para el estudio, 8 refieren tomar agua de pozo, 11 agua de río, 14 ~~agua~~ de crique y 1 no respondió.

#### 1.8.7.4.1. Abastecimiento de Agua de las Comunidades de Río Arriba

Nombre de comunidad	Pozo	Crique	Río
1. Bodega		X	
2. Andris Tara		X	
3. Karizal			X
4. San Carlos	X	X	X
5. Pilpilhía		X	X
6. Lindavista	X		
7. Santa Isabel		X	
8. Suaksakia		X	X
9. Raiti	X	X	
10. Tulimbila			X
11. Namaska		X	X
12. Kitaski			X
13. Florida	X	X	
14. Anaki		X	X
15. Arandak			X
16. Krasa		X	
17. Sausa	X		
18. Asang		X	
19. Santo Tomás de Umbra			X
20. Sang Sang	X		X
21. Sixayari	X	X	X
22. Sumapipe	X		

Por el otro lado, la lluvia constante posterior al desastre tampoco ha facilitado y los cambios de cursos de los ríos ha impedido normalizar el abastecimiento de agua limpia.

Los caños también se inundaron. En los meses de sequía hay comunitarios y comunitarias que deben recorrer hasta cuatro horas diarias en pipante a fin de encontrar agua limpia.<sup>42</sup>

A lo anterior se suma el hecho de no contar con letrinas en las comunidades. Como se ha señalado anteriormente, se reportaron 448 letrinas inundadas y los lugares señalados por las comunidades para hacer las necesidades también fueron afectados.

<sup>42</sup> FWI., entrevista a comunitarios Río Arriba



## 1.8.7.4.2. Utilización de Letrinas

Nu.	Comunidad	Letrina	Defecación al aire libre
1.	Kitaski	6	
2.	Santa Isabel	20	
3.	Suaksakia	x	x
4.	Florida	12	
5.	Amakik	5	
6.	Arandak	x	X
7.	Bodega - Umbra	x	X
8.	Ratli	x	x
9.	Tulankira	x	X
10.	San Carlos	100	
11.	Namaska		X
12.	Krasa	120	X
13.	Sausa	x	X
14.	Kairzal	7	
15.	Andris Tara	x	X
16.	Linda Vista	x	X
17.	Pilpihlia	4	X
18.	Santo Tomás Umbra	18	
19.	Sang sang		X
20.	Sixayari		X
21.	Asang	x	X
22.	San Esquipulas	x	X
23.	Sumapipe	x	X
24.	Casa Sola II		X
25.	Wiwinak	10	
26.	Waspuktali		X
27.	San Pedro	9	
28.	Santa Rosa		X
29.	San Juan de Bodega		X
30.	Tulimbila	6	
31.	Casa Sola I	3	

De las 31 comunidades entrevistadas, 11 reportan defecar al aire libre. El resto admite usar letrinas, sin embargo, si analizamos el número de letrinas por habitantes nos da los siguientes datos:

No.	Comunidad	No. de letrina por habitante
1.	Kitaski	1 letrina por cada 92 habitantes
2.	Santa Isabel	1 letrina por cada 23 habitantes
3.	Florida	1 letrina por cada 13 habitantes
4.	Amakik	1 letrina por cada 34 habitantes
5.	San Carlos	1 letrina por cada 12 habitantes
6.	Krasa	1 letrina por cada 63 habitantes
7.	Pilpilhia	1 letrina por cada 84 habitantes
8.	Krinkrin	1 letrina por cada 103 habitantes
9.	Wiwinak	1 letrina por cada 54 habitantes
10.	San Pedro	1 letrina por cada 31 habitantes
11.	Santo Tomás de Umbra	1 letrina por cada 15 habitantes
12.	Casa Sola I	1 letrina por cada 9 habitantes

De acuerdo a los indicadores de la OMS sobre letrinas por habitantes, en toda la zona sólo cuatro comunidades cuentan con al menos una letrina por menos de 15 personas. Estas son Florida, San Carlos, Santo Tomás de Umbra y Casa Sola I.

En estudios del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal, normalmente las comunidades indígenas prefieren no construir pozos y letrinas en el centro de las comunidades<sup>43</sup>; en el caso de las comunidades estudiadas se encontró que de las 12 comunidades que tienen letrinas, sólo tres tienen pozos.

Las comunidades siempre han tenido serios problemas para el drenaje de los charcos. Esa situación también se ha agravado posterior al Mitch. Entre las razones encontramos desde la falta de herramientas hasta la falta de priorización de dicho problema ante mayores situaciones de sobrevivencia. Esto ha potenciado también problemas de enfermedades contagiosas.

Lo anterior, se percibe de las comunidades y así lo expresa una dirigente: *"como el patio está sucio, existen muchos zancudos"* (Dirigente de Namaska). *"Las enfermedades que existen en una comunidad como la malaria, deben ser superadas con la limpieza general de la comunidad"*, *"para vencer a nuestra dificultades sobre la salud, yo pienso que las comunidades deben de vivir con más higiene, yo pienso que sólo así podemos superar nuestra enfermedades"* (comunitaria de Santa Isabel).

Entre las enfermedades más comunes en la comunidad están los vómitos, dolores de cabeza, dolor de muelas, dolor de oído, dengue, malaria, colera, parásitos, dolor de barriga. Consideramos que la mayoría de las enfermedades son causadas por el agua y los zancudos: (SangSang); *"como no tenemos excusados, la gente hace sus necesidades fuera y, cuando hay lluvia y riachuelos, el agua se desliza a los ríos y tenemos consecuencias muy graves"*.

<sup>43</sup> Refieren entre varias razones el mal olor, la contaminación de las fuentes de agua, muchos zancudos y las distancias que deben de recorrer especialmente las mujeres y niñas.

### 1.8.8. Vulnerabilidad de las Comunidades

En los mapas elaborados por las personas entrevistadas en las comunidades se encuentra la alta vulnerabilidad por las siguientes razones:

#### 1.8.8.1. Ubicación

Ademas de estar ubicadas a orillas del Río Coco, todas tienen caños y criques que las atraviesan o circundan.

- Waspuk tah: Ademas del Río Coco, tiene a orillas el Río Waspuk y tres afluentes mas
- Asang: Tiene además del Coco tiene el Crique Siksikwás
- Arandak: Tiene dos caños, Kulunwás y Arandak que la circundan, además del Coco.
- Santo Tomas tiene al norte tiene el Río Umbra, al oeste el Wailwas, al este otro caño
- Namaska además del Coco, tiene el Caño Namaska y otro que lo atraviesa

Algunas comunidades se cambiaron de ubicación despues del Huracán Mitch como Pilpihlia, Santa Isabel y Amakik.

#### 1.8.8.2. La Pobreza Extrema

El municipio de Waspam, está entre los que se clasifican de pobreza alta. En el estudio, en el cual se contabilizó en base a 35, 082 habitantes, se calculó que habian 23, 856 personas pobres con un 85% de pobres rurales y una brecha de 13% de pobreza.<sup>44</sup>

El promedio de pobreza en base a los indicadores establecidos en el mapa de pobreza del FISE saca como promedio que el 66.4% de los habitantes del Municipio de Waspam son pobres.<sup>45</sup>

En el estudio de TNC<sup>46</sup>, el promedio de ingreso de las personas en este sector del Río Coco era \$ 301/persona.

#### 1.8.8.3. La Poca Presencia de Servicios Públicos por Parte del Estado

En las entrevistas realizadas en 24 comunidades en relacion a la presencia de instituciones del Estado, se obtuvo la siguiente respuesta:

<sup>44</sup> Mapa de pobreza. Utilizado en el Plan operativo global del Proyecto de Rehabilitación del Municipio de Waspam. RAAN. UE-CISP

<sup>45</sup> Gobierno Regional RAAN. Diagnóstico global de la situación agrosocioeconómica y líneas estratégicas para el desarrollo de la RAAN

<sup>46</sup> Li Lamni Tasbaika Kum. TNC.USAID.MARENA.ADEMSCUM.CEA.

- 20 comunidades                      Ministerio de Educación
- 17 comunidades                     Ministerio de Salud

No identificaron la presencia de ninguna otra institución estatal.

Al preguntarles a 42 dirigente de las 24 comunidades, sobre el trabajo de las instituciones del estado dijeron lo siguiente:

- 10 - no hacen nada
- 6- lo que hacen es mal hecho
- 5 - no opinaron
- 6 -hacen buen trabajo
- 5 - los tienen abandonado

#### 1.8.8.4. La Deforestación en los Márgenes del Río Coco

Ha habido un incremento de la deforestación en las comunidades de Río Coco arriba, principalmente para meter ganado en algunas comunidades. Sin embargo, el mayor efecto es producto de la colonización en la parte alta del Río Coco, arriba de los raudales. Lo anterior repercute en el nivel del agua en los meses de lluvia. Eso explica el enorme impacto que tuvo el Huracán Mitch en la zona.

Posterior al huracán se evidencia sin embargo, una alto grado de erosión y sedimentación a tal grado que en época seca se dificulta el transporte acuático.

#### 1.8.8.5. La Ausencia de un Plan de Desarrollo Municipal

El municipio de Waspam a pesar de tener sólo 40 años de vida había tenido un grado importante de organización durante los años previos a la guerra. Sin embargo, en los últimos años ha sido muy limitado el papel que ha tenido el gobierno municipal en la vida de las comunidades. No se cuenta con un verdadero Comité de Desarrollo Municipal y mucho menos un Plan de desarrollo estratégico del municipio.

#### 1.8.8.6. La Ausencia de un Plan de Prevención y Mitigación de Desastres

A pesar de ser identificado como una zona de alta vulnerabilidad, no existe un plan de medidas para prevenir o mitigar los efectos de los desastres naturales.

Para el Huracán Mitch y aún después, han sido básicamente el Ministerio de Salud y los ONG's quienes junto a los dirigentes comunitarios quienes han dado respuestas a las comunidades.

Para el Huracán Mitch, la estrategia central del MINSA, apoyado por organismos no

gubernamentales con presencia en la zona fue la conformación de un Cordón Anti - epidémico mediante la utilización de Brigadas Médicas Móviles (BMM).

El número de brigadas conformadas fue de 17, cada una de las cuales estaba integrada por uno o varios médicos generales, dos auxiliares de salud, un técnico en higiene y un responsable de control de vectores.

Las brigadas funcionaron asentándose en una comunidad y a partir de ellas se desplazaban a las comunidades aledañas.

Se conformaron un total de 9 refugios en las comunidades de Raiti, Sixayari, Andres Tara, San Pedro, San Carlos, Pransa, Wis Wis, Santa Ana (Rio Arriba) y en Tukustara (Rio Abajo).

En total se atendieron 13,052 personas en los 9 refugios, aunque no fue posible conocer el número de personas atendidas en cada uno de ellos.

La labor fue titánica, movilizándose un total de 80 recursos del MINSA, la mayoría de los cuales no fueron reemplazados, ni reabastecidos de forma oportuna y suficiente, por lo que el entusiasmo, grado de dedicación y sacrificio demostrado por ellos, debe ser recompensado, tanto de parte de las autoridades de salud, como de la sociedad civil y sobre todo de la población receptora de sus servicios.

#### 18.8.7. Accesibilidad a la Educación Sanitaria

Los comunitarios refieren que hacen educación sanitaria los ancianos y líderes de las comunidades que *"se sientan con el pueblo y les dan consejos"*. Con el Diplomado en gestión y desarrollo comunitario de URACCAN con GTZ-MARENA-BOSAWAS también sienten que están aprendiendo sobre la situación de salud.

Entre los ONG's que están trabajando en la zona hacen educación sanitaria Acción Médica Cristiana y la Fundación Wangki Luhpia.

#### 1.8.8.8. La Prestación de Servicios de Salud en las Comunidades

Las comunidades cuentan con infraestructura sanitaria construida, en la mayoría de los casos con mano de obra comunitaria y apoyo de alguna de las ONG's que trabajan en la zona. Los puestos de salud no han sido utilizados para tal efecto, por falta de medicinas y personal calificado. En las comunidades, han cuidado estas construcciones con la esperanza de que algún día pudiese llegar alguien a prestarles atención médica.

Cada una de las comunidades cuentan con líderes de salud y muchos de ellos han recibido capacitaciones en primeros auxilios. *"Los líderes de salud nos apoyan en lo que pueden, pero aunque ellos tengan conocimientos para resolver algún problema, no lo hacen porque no cuentan con los recursos"* (cita de una comunitaria)

La mayoría de los problemas graves de salud las comunidades se ven obligados a resolverlos en los centros de salud o clínicas en Honduras (Awabila, Suhi, Rus Rus y Puerto Lempira), en ocasiones viajan hasta Waspam. Para recibir atención médica en Honduras o en Waspam, las familias deben de tener dinero para pagar el costo de transporte, sus costos de estancia, las medicinas, otros. Por lo que muchas veces no acuden a estos servicios de salud, teniendo como resultado la muerte de sus familiares.

Como se señaló anteriormente, todas las comunidades cuentan con Sukias, curanderos/as parteras. Para los comunitarios, en ellos descansa la salud de todas las personas de la comunidad. En la mayoría de las comunidades no existe la presencia del gobierno nacional. Las comunidades resuelven sus problemas de salud de acuerdo a sus posibilidades y con el apoyo de ONG's.

*"Cuando ellos(curanderos/as parteras) no pueden y, no tenemos dinero par ir a Honduras o a Waspam, sólo nos encomendamos a Dios"*(Cita de una comunitaria).

Los servicios de salud con que cuenta el sistema de salud manejado por el MINSA y diversas organizaciones son un centro de salud con 18 camas en Waspam, dos puestos de salud tipo A, uno en Andris y otro en San Carlos, 26 puestos de salud y 12 casas Base.

Actualmente se cuenta con una brigada médica cubana en las siguientes comunidades: Waspam, Raiti, San Carlos, Wiwinak, Kum y Andris. Este sistema le ha garantizado a las comunidades una cobertura de 20 a 30% por lo problemas de distancia, limitaciones en el abastecimiento sistemático de medicamentos y obviamente por el carácter de los problemas de salud en la zona que son más de carácter preventivo, de promoción de la salud y de tratar de asegurar la participación de los comunitarios y comunitarias partiendo de un enfoque de organización de los servicios de salud desde una perspectiva curativa, parcelada y occidental.

El resto de las unidades de salud cuentan con personal auxiliar de enfermería no entrenado para trabajo ni de prevención ni de promoción de salud comunitaria. En las comunidades han colaborado programas de ONG's como el Grupo Voluntariado Civil de Italia, IDSIM, Acción Médica Cristiana además de la Fundación Wangki Luhpia en la zona del alto Coco.

Por el otro lado, las comunidades cuentan con una red de parteras, curanderos y Sukias que han atendido el 70% de los problemas de salud además de contar con una serie de medidas preventivas y de promoción de la salud que demostraron su eficacia al analizar los datos de mortalidad posterior al Mitch.

Las comunidades que cuentan con puestos de salud son:

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 1. San Pedro    | 1. San Carlos |
| 1. Santa Isabel | 1. Sang Sang  |
| 1. Asang        | 1. Kitaski    |
| 1. Krasa        | 1. Pilpiphia  |

1. Krinkrin  
1. Wiwinak

1. Raiti

Los comunitarios, plantean la convivencia de dos sistemas de salud, *"El puesto de salud fue construido en 1994 por la ONG - Wangki Luhpia. Funciona regularmente, aunque existe escasez de medicamento. Actualmente atiende un enfermero que es pagado por el MINSA. El servicio es complementado con medicina tradicional, practicado por dos curanderos que a la vez son líderes de salud, ellos por sus atenciones cobran 20 córdobas y la cura otro precio. También hay cuatro parteras que atienden a las mujeres embarazadas y cobran entre 40 y 50 lempiras para la atención"* (Sangsang)<sup>47</sup>

*"En nuestra comunidad existían muchos sukias que curaban a los enfermos a través de cantos y hierbas. También existió un señor de nombre Amans que era adivino y curandero. Ocupaba moneda de 25 centavos para adivinar y empleaba hierbas para curar a los enfermos. Falleció en 1958. Actualmente usamos las hierbas, para resolver algunos problemas de salud y también compramos pastillas del líder de salud o de Awasbila. Las mujeres embarazadas son atendidas por la partera de la comunidad"* (Karizal)<sup>48</sup>

*"En la comunidad tenemos un puesto de salud que fue construido con el aporte de Wangki Luhpia en 1994. Ellos, facilitaron los materiales para la construcción del Centro de Salud. El aporte de los pobladores, fue la mano de obra que los hicimos con mucha voluntad y amor. Contamos con el apoyo de dos líderes de salud quienes muchas veces resuelven los problemas de salud, cuando no pueden curar al enfermo los familiares lo trasladan al Centro de Salud de San Carlos. En caso de extrema gravedad el enfermo es trasladado hacia Waspam o Puerto Cabezas al Hospital Nuevo Amanecer donde la familia asume los gastos de transporte, alojamiento y otros. ("Para algo así tenemos que vender nuestros ahorros que son las vaquitas o cerdos y los que no tenemos nada solo esperamos la muerte"). Las enfermedades leves son atendidos por el curandero, la partera y los líderes de salud que fueron capacitados por Wangki Luhpia y el MINSA en Waspam"* (Florida)<sup>49</sup>

#### 1.8.9. Servicios de ONG's y otras Instituciones

Los Organismos no gubernamentales con presencia en la zona son los siguientes:

##### 1.8.9.1. Acción Médica Cristiana.

Antes del Huracán Mitch se había limitado a trabajar en la zona de Río Abajo. Actualmente ha ampliado su presencia hacia las comunidades de Río Coco Arriba. Están trabajando en la construcción de pozos, talleres sobre salud preventiva en las comunidades y apoyo a las brigadas medicas cubanas en movilización en Brigadas

<sup>47</sup> DRP. URACCAN.SLE. GTZ-MARENA-BOSAWAS 1998

<sup>48</sup> Idem

<sup>49</sup> DRP. URACCAN.SLE-GTZ-MARENA-BOSAWAS. 1998

Médicas Móviles para dar atención integral.

Trabajan con Líderes y Agentes Comunitarios a quienes capacitan para hacer trabajo de promoción de salud. Apoyan en las Jornadas de Vacunación. Han distribuido semillas.

#### 1.8.9.2. Fundación Wangki Luhpia

Tiene 12 años de trabajar en las comunidades de Río Coco Arriba. Al principio como Proyecto de Ayuda obrera Internacional-IWA. A partir de 1994 como Fundación Local con sede en Waspam. Ha colaborado con las comunidades en la construcción de puestos de salud, abastecimiento de medicamentos, capacitación de parteras, líderes de salud, equipamiento de puestos de salud y prevención del uso de drogas.

Distribuyeron alimentos en los primeros meses posteriores al huracán Mitch, organizaron en el Comité Costeño la visita del PMA y KEPa que sirvió para convencerlos de distribuir alimentos en la zona a pesar de no estar clasificados en el Mapa de Pobreza como de extrema pobreza. Organizaron y realizaron las primeras entregas de alimentos, granos básicos, musaceas y animales de patio.

#### 1.8.9.3. Servicio de Voluntariado de Italia- GVC

Su presencia en la zona es posterior al Huracán Mitch. Han colaborado con el MINSA en el financiamiento de las brigadas médicas de salud, abastecimiento de medicamentos.

También han colaborado en el montaje de la red epidemiológica con ocho subsedes en el Municipio de Waspam y en coordinación con la Mosquitia Hondureña.

Han distribuido alimentos y semillas también.

#### 1.8.9.4. Médicos sin Fronteras

ONG's francesa. Están construyendo pozos artesanales, campañas de educación para la salud. Hicieron un estudio sobre la desnutrición en la zona. Han apoyado el equipamiento de los puestos de salud. Han repartido láminas de zinc.

#### 1.8.9.5. IDSIM

ONG de la Iglesia Morava. Están contribuyendo con la construcción de pozos y letrinas.

#### 1.8.9.6. PANA - PANA

Trabajan en la distribución de semillas.



#### 1.8.9.7. GTZ-MARENA-BOSAWAS

Han distribuido semillas, comida, frazadas y ropa. También están colaborando con URACCAN para el desarrollo del Diplomado en Gestión y Desarrollo Comunal.

#### 1.8.9.8. Proyecto Wangki

Financiado por la Unión Europea. Ha reiniciado actividades recientemente en la zona. Están más orientadas hacia actividades productivas, de infraestructura y capacitación.

#### 1.8.9.9. CONADES

Ha distribuido semillas y herramientas.

#### 1.8.9.10. Cruz Roja Americana

Ha dado continuidad a la distribución de alimentos del PMA.

#### 1.8.9.11. URACCAN

A través del Instituto de Estudios y Promoción de la Autonomía está llevando a cabo el Diplomado en Gestión y Desarrollo Comunitario. A través del Instituto de Recursos naturales, Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible ha distribuido semillas de granos básicos y ha monitoreado el desarrollo de los mismos.

#### 1.8.9.12. ALISTAR

Realizó el estudio sobre demarcación territorial y contribuyó en la organización de una instancia de seguimiento al mismo proceso.

#### 1.8.9.13. FURCA

Distribuyó alimentos y trastos.

#### 1.8.9.14. CEPAD

Distribuyó ropa, alimentos y semillas.

#### 1.8.9.15. FADCANIC

Están construyendo viviendas. Han distribuido semillas.

# ACTORES RELEVANTES PARA LA ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD/CUENCA MEDIA RIO COCO

Actores	Niveles						Actividad				Observaciones
	Comunal	Municipal	Regional	Nacional	Internacional	promoción	Prevención	Curación	Asesoría	Entrenamiento	
1 MINSA		x						x			letrinas
2 Academia Médica Cristiana	x					x			x		
3 Maestros/as	x					x					
4 BMC/ MINSA	x							x			
5 Lider de Salud	x							x	x		letrinas
6 Partera								x			
7 Curandero	x						x				
8 Iglesia Morava											
9 URACCAN	x		x			x				x	
10 De Comunitari	x					x					
11 Consejo de Ancianos	x					x			x		
12 ITSIM	x								x		
13 Pana Pana	x								x		
14 Fundación Wangki Luhpa	x					x			x		G. Bosques
15 BOSAWAS	x					x					
16 Comercio Hondureño	x					x					
17 U.S.P. LEMPIRA											

## ROL QUE SE REQUIERE DE ACTORES FUTUROS

ACTORES	FR INFRAESTRUCTURA	MEDICAMENTOS	E. MISKITA	MEDIOS	TRANSPORTE	POZO	LETRINA
MINSA		x	x	x			
ONG's		x			x	x	x
Comunitario							x
URACCAN	x						

## **2. Planteamiento del Problema**

Los modelos de salud que se han diseñado desde el exterior, han contribuido de forma muy limitada al mejoramiento de la situación de salud de las comunidades de la Cuenca Media del Río Coco, y no han respondido a la cultura y al entorno de sus habitantes y tampoco han sido alternativas apropiables por los habitantes.

## **3. Justificación**

Por diversas razones las comunidades del Wangki se han vuelto mas vulnerables a los fenómenos naturales, sufren más daños y enfrentan cada vez mayores dificultades para salir de la situación de desastre. En el huracán Mitch, ya no quedaron árboles de los cuales amarrar los pipantes para no ser arrastrados por la fuerza de la inundación, los cerros ya se hicieron muy chiquitos para protegerlos. Pareciera que el espíritu de Prahaku ya no quiere escuchar a los seres humanos y los castiga por su ruptura con la naturaleza y el medio ambiente.

Evidentemente la vulnerabilidad de las comunidades se ha dado porque hay viviendas en zonas no aptas por el tipo de suelo que ha sufrido erosiones continuas, la ubicación al lado de los criques que se han despalado, las casas no son construidas de forma consistente y no tienen la resistencia adecuada y principalmente porque las condiciones económicas derivadas del modelo extractivo de los recursos forestales, mineros y agravadas con la guerra y la inestabilidad política de la zona han impedido a los comunitarios-as satisfacer sus necesidades humanas básicas.

Se suma a esto la ausencia de planes de desarrollo municipal, falta absoluta en las comunidades los servicios básicos, no existe plan de prevención de desastre, y tampoco existe plan alguno para enfrentarse a las drogas.

Estos problemas se agravan mas por la difícil accesibilidad, afectando directamente su fragil economía, que con la falta de asistencia técnica, la falta de medios de comunicación, la dependencia directa con el país vecino Honduras para sembrar, cosechar y después vender que por ende les pagan bajos precios por sus productos.

Se trata por lo tanto, de comunidades cuya situación de vulnerabilidad se ha ido acumulando de forma progresiva configurando una situación de riesgo que no ha sido reconocida.

En ese contexto, el proceso de reconstrucción y transformación en las comunidades requiere de esfuerzos integrales y sostenidos no solo de las autoridades gubernamentales sino de diversas expresiones de la sociedad civil y principalmente de los mismos afectados a fin de garantizar sostenibilidad de las medidas que se adopten.

#### **4. Objetivo General**

Incrementar las opciones de elevar el nivel de calidad de vida, a través de diseñar una propuesta compatible con el Modelo de Salud de la RAAN que responda a las particularidades culturales, geográficas, socioeconómicas y ambientales de las comunidades de la Cuenca Media del Río Coco.

#### **5. Objetivos Específicos**

- 5.1 Determinar los elementos culturales miskitos que puedan ser aplicables e Incidan desde su perspectiva al entorno donde viven.*
- 5.2 Determinar los factores económicos, sociales, políticos y ecológicos que Inciden en los habitantes de la Cuenca Media del Río Coco.*
- 5.3 Determinar propuestas localmente, tomando en cuenta su propia realidad, cultura, lengua, y el grado de participación que tienen en la comunidad compatible con la visión de género.*

#### **6. Marco Teórico**

##### **6.1. Marco Político Normativo**

En los últimos 30 años se ha hecho visible la participación de representantes de los pueblos indígenas en espacios políticos a niveles nacional e internacional. Producto de lo anterior comienza a incorporarse de forma paulatina importantes derechos de los pueblos indígenas en instrumentos jurídicos y políticas públicas nacionales e internacionales.

En el proceso de conformación de los Estados prevaleció una lógica que hasta el día de hoy afecta las relaciones entre ellos y los pueblos indígenas: la centralización excesiva de los gobiernos, la ausencia de políticas públicas coherentes de regionalización y descentralización que tomase en cuenta las particularidades culturales y étnicas y la imposición de un paradigma de desarrollo que ha privilegiado la monocultura, el verticalismo y el etnocentrismo.

La riqueza cultural de los pueblos indígenas y comunidades afrocaribeñas con sus consecuentes prácticas productivas, de manejo del medio ambiente y los recursos naturales, su riqueza cultural y lingüística, su espiritualidad ha sido desconocida. El modelo de desarrollo ha sido ajeno a los pueblos indígenas.

En las últimas tres décadas, como se señala, las cosas han comenzado a cambiar un poco. Los pueblos indígenas que habían quedado dispersos en comunidades aisladas, con los pueblos desintegrados<sup>50</sup> comenzaron poco a poco a rearticularse, a extender las redes de los poderes locales comunitarios hacia instancias municipales, nacionales, mundiales.<sup>51</sup>

## 6.2. En el Ambito Internacional

En el proceso de articulación y visibilización del movimiento indígena, comenzaron a llegar los primeros líderes indígenas a las Naciones Unidas. Comenzaron a cuestionar el indigenismo que había sido bendecida en la Convención de Pátzcuaro donde los Estados Miembros de la OEA crearon el Instituto Indigenista Interamericano. En el seno de los países comenzaron también a articular demandas y luchas.

Esos esfuerzos han dado algunos resultados. El Sistema de las Naciones Unidas ha definido algunos instrumentos y políticas institucionales: el Convenio 169 de la OIT, las Declaraciones y Recomendaciones sobre Medio Ambiente (Rio de Janeiro), sobre Derechos Humanos (Viena), sobre Género (Beijing), sobre Salud (OMS/OPS), sobre Educación (UNESCO), sobre mecanismos de participación informada (Banco Mundial).

Algunos gobiernos han ratificado el Convenio 169 de la OIT y otros han definido políticas para que rijan en sus relaciones con pueblos indígenas: Dinamarca, Noruega, Alemania, entre otros.

A nivel del Continente Americano, la situación no ha sido totalmente satisfactoria, pero ha mejorado. A partir del año 1989 se ha estado discutiendo en el seno de la OEA un Proyecto de Declaración Americana sobre los derechos de los Pueblos Indígenas con muy poco éxito.

El Movimiento Indígena Continental ha vivido un proceso muy dinámico con momentos de articulación tales como la conformación del Consejo Mundial de Pueblos Indígenas, la Campaña Continental 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular, las Cumbres Indígenas. En varios momentos se han articulado iniciativas centroamericanas, siendo la más reciente, el Consejo Indígena de Centro América.

Se ha observado la constitución de instituciones indígenas en varios países: organismos no gubernamentales, organizaciones étnicas, políticas. Recientemente, en Nicaragua se ha creado la Universidad Indígena, URACCAN.

<sup>50</sup> En el caso de los pueblos indígenas de la Costa Atlántica, se fueron asentando de acuerdo a los campamentos de las empresas madereras o mineras. En el modelo de colonización española en el resto del país, sumado a la salida de contingentes indígenas a trabajos forzados en las minas del sur y las leyes de indias de la Colonia esa dispersión contribuyó a la pérdida de los idiomas, los territorios y otras características culturales específicas.

<sup>51</sup> En el caso de los pueblos indígenas de Nicaragua se evidencian esfuerzos tales como el Movimiento Indígena de Nicaragua que comenzó articulando a las comunidades indígenas del Pacífico y Centro Norte alcanzando en los momentos actuales importantes grados de re-identificación étnica y territorial. Igual sucede con los sumus-mayangnas con la conformación de los territorios indígenas en Bosawás y por ejemplo las diez comunidades entre los miskitos.

Cada día se promueven más modelos de autogobierno o autonomías indígenas.<sup>52</sup> Los indígenas han incursionado en todos los frentes de la vida nacional: desde la Vice Presidencia de la República, pasando por las legislaturas nacionales, las alcaldías municipales, los Ministerios de gobierno.

En ese proceso de incursión en espacios de poder, los pueblos indígenas han venido haciendo ajustes a sus propios espacios de poder: los Consejos de Ancianos, los Gobiernos Indígenas Comunales y Territoriales, las Coordinaciones Nacionales. Han aprendido a trabajar y aliarse con los no-indígenas conquistando en muchas oportunidades buenos aliados.

Los resultados de esas luchas se evidencian en la incorporación paulatina de los derechos indígenas en las Constituciones Políticas de los países, el reconocimiento de Regiones y Comarcas Autónomas, algunas Leyes Indígenas, la Ratificación del Convenio 169 de la OIT y el Convenio de la Biodiversidad en otros, los acuerdos y resultados de negociaciones, los programas de educación intercultural bilingüe, la discusión de mecanismos co-participativos en el manejo de áreas protegidas, la creación del Fondo Indígena Iberoamericano, y la intención de la OEA de aprobar una Declaración Americana de Derechos Indígenas, entre algunos aspectos.

No obstante, es importante señalar que los pueblos indígenas y comunidades étnicas están viviendo momentos muy críticos y difíciles. Además de la dramática situación por el deterioro más acelerado del nivel de vida de los pueblos indígenas afectados por el Huracán Mitch que agudizó los problemas económicos y sociales, el desastre natural sirvió más bien para relevar la vulnerabilidad física, ecológica y económica que las comunidades enfrentan.

A lo anterior se suman los problemas económicos y políticos que afectan cada día más la frágil gobernabilidad del país y la región. Sin embargo, lo más crítico es el estancamiento jurídico y en muchos casos el retroceso en el respeto de los derechos autonómicos políticos, territoriales, culturales, la ausencia de la realidad indígena en las políticas públicas y una nueva oleada de indigenismo.

Las demandas por mejorar sus condiciones de vida ha sido una constante en las luchas indígenas. En ese sentido, el aspecto de la salud ha alcanzado un importante grado de reconocimiento.

En diversos foros internacionales, los pueblos indígenas y negros han planteado este aspecto. En el II Encuentro Continental de la Campaña 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular, se planteó: *"luchar ampliamente por el mejoramiento general en el nivel de vida; salario, salud, educación, vivienda, participación en la toma de decisiones,*

<sup>52</sup> Los pueblos indígenas de Estados Unidos y Canadá, producto de los Tratados que rigen sus relaciones con el Estado Nacional han conformado modelo de autogobierno en muchos casos. En el caso de América Latina, la primera experiencia fue la Revolución Kuna que alcanzó la Autonomía de la Comarca de Kuna Yala hace aproximadamente 40 años. En 1987, la Asamblea Nacional de Nicaragua aprobó el Estatuto de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica consignando derechos autonómicos a los pueblos indígenas y comunidades étnicas. En 1989, la Constitución Política Colombiana crea los resguardos indígenas y afrocaribeños otorgando cierto status de autogobierno. A partir de 1994, con el movimiento zapatista en México ha habido un proceso interesante de declaraciones de municipios, comunidades y regiones autónomas. El tema es de debate actual.

*generando a la vez soluciones desde la base".*<sup>53</sup>

En el III Encuentro Continental celebrado en Managua en octubre de 1992, se llevo a cabo un encuentro paralelo sobre medicina tradicional en Esteli. Entre los elementos básicos para el futuro de los pueblos se señaló *"difundir los beneficios de la biodiversidad, en la educación y riqueza curativa natural de nuestras plantas y animales, reduciendo los cuadros epidemiológicos que abaten a nuestros pueblos"*.<sup>54</sup>

El Convenio 169 de la OIT, que es el unico instrumento juridico internacional con carácter vinculante por parte de los Estados con relación a los derechos indígenas, ha reconocido en la Parte V derechos sobre aspectos de seguridad social y salud.

El Artículo 24 establece que los regimenes de seguridad social deberan extenderse progresivamente a los pueblos indígenas y aplicárseles sin discriminación alguna. En el Artículo 25, consigna que los gobiernos deben velar porque se pongan a disposicion de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionarles medios a fin de que puedan organizarse y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control.

Señala que el objetivo es que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Agrega además, que los servicios de salud deben organizarse en el ambito comunitario, planearse y administrarse en cooperación con los mismos pueblos y tomar en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales, culturales asi como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

El Convenio 169 de la OIT también señala como un derecho de los pueblos indígenas que el sistema de asistencia sanitaria debe dar preferencia a la formación y el empleo de personal sanitario de las comunidades, centrarse en la atención primaria, mantener estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria y estar coordinados con las medidas sociales, económicas y culturales que el país respectivo adopte.

En los dos proyectos de declaración de derechos de los pueblos indígenas tanto en el ambito de la ONU como de la OEA se consignan derechos a participar en la organizacion de sus propios sistemas sanitarios y la revitalización cultural de su propio sistema de salud tradicional.

De la misma forma, en las sesiones del Grupo de Trabajo sobre poblaciones indígenas que se celebran cada año en la ONU también se ha prestado atención al tema de la salud.

La Organización Mundial de la Salud –OMS, ha tomado también medidas al respecto. Asi cuenta con una Resolución y también ha conformado un grupo de trabajo que discute

<sup>53</sup> II Encuentro Continental. Campaña 500 años de resistencia indígena y popular. Quetzaltenango, del 7 al 12 de octubre de 1991. Guatemala

<sup>54</sup> Memoria. III Encuentro Continental. Campaña Continental 500 años de resistencia indígena, negra y popular. Managua, Nicaragua. 7 al 12 de octubre de 1992

### 6.3 En el Ámbito Nacional

En Nicaragua, la Constitución Política vigente consigna como derecho, la salud para todos los nicaragüenses en el Arto. 59.

- *Los nicaraguenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.*
- *Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.*
- *Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.*

En el artículo 60 establece además que "los nicaragüenses tienen derecho de habitar en un ambiente saludable."

### 6.4. A Nivel de la Región Autónoma Atlántico Norte

En el caso de las Regiones Autónomas, el Estatuto de Autonomía, consigna como un derecho de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Atlántica administrar los programas de salud en la región y rescatar la medicina natural.

En la Región Autónoma Atlántico Norte, el Consejo Regional Autónomo aprobó a través de la Resolución No. 10-8-10-97 el Modelo Regional de Salud como instrumento normativo, rector y definitorio del sistema regional de salud a implementar en la Región.<sup>56</sup> Aproximadamente un mes después, el 27 de noviembre del mismo año, se instaló el Consejo Regional de Salud de la Región con la participación de organizaciones gubernamentales y diversas expresiones de la sociedad civil.

### 6.5. El Modelo de Salud de la RAAN

En este contexto, diversos sectores en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, se han planteado impulsar un proceso de implementación de un modelo de salud que parta del fortalecimiento de la promoción de la salud desde los niveles comunitarios, incidiendo a fin de lograr el compromiso de las autoridades municipales y Gobierno Regional para el establecimiento de una red de comunidades indígenas y étnicas saludables que contribuya a mejorar las condiciones de vida de la población en la RAAN.

A raíz de la implementación del modelo autonómico en la administración regional, el Consejo Regional Autónomo de la RAAN, por medio de la Comisión de Salud asumió el

<sup>56</sup> Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo - RAAN. Informe 1996-1998. Alta Hooker. Presidente. Bilwi, mayo 1998



reto de diseñar un modelo de salud que pudiese corresponder a las necesidades de la población multiétnica costeña. De acuerdo a la Ley de Autonomía, es potestad de las autoridades regionales administrar, entre otros, la salud en coordinación con el Ministerio de Salud. Obviamente para poder administrar la salud de manera eficiente, es imprescindible contar con un modelo propio, que se ajuste a las realidades de la Región y que contemple las demandas y necesidades de la población multicultural.

Para alcanzar dicho objetivo se hace importante el diseño de un plan estratégico adecuado a las particularidades de cada municipio, territorio y comunidad a fin de construir las condiciones necesarias, a través de un proceso dinámico que permita ir modificando las condiciones y monitoreándose el cumplimiento de la implementación del nuevo modelo.

La rehabilitación de los sistemas de salud afectados por el Huracán Mitch ofrecen una oportunidad para que actores externos e internos apoyen el fortalecimiento de los sistemas de salud comunitarios con un nuevo enfoque más integral, más participativo y más inclusivo implementado el modelo de salud ya aprobado por las autoridades regionales.

El presente trabajo pretende presentar una propuesta del modelo de salud que ha de ser implementado en la RAAN, ajustado a las condiciones de las comunidades del Río Coco arriba.

Se reflejan en esta propuesta las inquietudes y necesidades expresadas por pobladores del territorio en mención así como por los trabajadores del sector salud, representantes de las prácticas tradicionales, sector estatal, gremios, sector religioso y sectores políticos de diversas tendencias. Estas inquietudes y sugerencias fueron consideradas en base a encuestas, entrevistas con grupos focales, entrevistas personales y talleres.

#### 6.6. Nivel de las Comunidades Indígenas del Wangki

En las comunidades indígenas del Río Coco existe una práctica médica que combina la medicina tradicional con la medicina occidental. Aunque se plantea en las expresiones de las personas como medicina complementaria, en la práctica ha sido el único sistema de salud permanente. De acuerdo a datos del Ministerio de Salud en la Región la cobertura de los servicios de salud ha sido de aproximadamente el 20%, lo cual hace suponer, que el otro 80% de la población ha sido atendido por la medicina miskita o indígena.

La medicina indígena miskita ha sido definida<sup>57</sup> como un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinadas a la prevención y curación de las enfermedades. Atiende tanto a los individuos como a las comunidades. Ha resultado de un complejo proceso histórico del cual han resultado elementos de medicina indígena, afrocaribeña y popular mestiza-europea. Es ejercida por médicos tradicionales: Sukias, curanderos, parteras, profetas, inteligentes, spirit uplika nani, sika uplika nani.

<sup>57</sup> Cunningham y col. Medicina tradicional en comunidades miskitas del Río Coco. Fundación Wangki Luhpia. Waspam. Río Coco. Región Autónoma Atlántico Norte. Agosto 1994

A pesar de los grandes esfuerzos que diversos colonizadores hicieron para hacerla desaparecer, aún sobrevive. Se desarrolla, sin embargo con grandes limitaciones.

En esa práctica de salud se evidencia la cosmovisión del pueblo indígena, el producto de sus experiencias históricas y su espiritualidad. El estudio antes referido de la Fundación Wangki Luhpia, refería como definiciones dadas sobre salud por los pobladores-as de las comunidades reflejaban una visión holística e integral de la misma.<sup>58</sup>

Lo anterior coincide con el concepto de medicina indígena que otros pueblos del continente han planteado.<sup>59</sup> La salud indígena atiende elementos dinámicos entre lo individual y colectivo así como entre lo natural y social".

Desde el punto de vista individual atiende aspectos físicos, mentales, espirituales y emocionales. En lo colectivo los aspectos atendidos son lo político, social, económico y culturales.

Se expresa de forma circular, a partir de la visión ideal.<sup>60</sup> Se parte del hecho de que la mente, el cuerpo y el espíritu están todos relacionados con la salud. Toda persona y la comunidad entera debe comprometerse en la lucha diaria por alcanzar y mantener un equilibrio interno y externo que se expresa en las leyes naturales y espirituales.

Lo anterior explica la relación estrecha entre el curandero - sukia - partera con su paciente y la comunidad. Las normas de prevención y curación son normalmente respetadas por todos los miembros de la comunidad. Se trata de un sistema de salud con una concepción colectiva e integral.

Las principales causas de enfermedad en las comunidades son los espíritus, los fenómenos de la naturaleza, los envenenamientos y los espíritus de los muertos.

Así lo expresa un comunitario entrevistado en el DRP realizado por URACCAN- SLE en 1998: *"En nuestra comunidad hay creencias muy fuertes sobre los espíritus malos. Se consideran que son los causantes de las enfermedades y la única persona que puede curar al enfermo es el curandero. Entre los malos espíritus están: Liwa, Prahaku, Duhindu, entre otros."*

En el estudio realizado por la Fundación Wangki Luhpia en 1994,<sup>61</sup> al preguntar sobre las causas de las primeras 10 enfermedades más frecuentes en la zona, los resultados revelan que el 39.9% plantea que es Liwa, 26.8% Lasa, 3.3% Duhindu, 7.1% Patas, 7.7% Unta Dukia y 15.3% Setan.

<sup>58</sup> El estudio de la fundación Wangki Luhpia refiere que las personas identifican como sano al alegre, se viste mejor, se mira gorda o gordo, está contento en su trabajo, se pasea por su casa, le gusta la vida, anda tranquilo y no se preocupa por nada. En cambio, la persona enferma se identifica porque se mira triste, anda desarreglado, sin ganas de comer, trabajo descontrolado, se pasa durmiendo todo el día, no se rie, anda callado.

<sup>59</sup> Dion Stout, Coloma, C. Los pueblos indígenas y la salud. Documento base. Seminario taller, 1993. Winnipeg, Canadá.

<sup>60</sup> Rozental, 1988

<sup>61</sup> Durante el estudio se aplicaron 600 encuestas en 25 comunidades de la zona de Río Coco arriba y el sector del llano de Waspam. De las mismas se procesaron 580.

El yumu es causado por espíritus que están en diversos animales como srikuku, yul y siakuani. Entre otros animales identificados como causantes de enfermedades están el cuyu, papu, wiwi.

Entre los fenómenos naturales identificaron alwani en 34.7%, pasa el 6.1%, pura klautka en 10.2% y el kauhla en 28.6%.

## **7. Hipótesis**

La implementación del Modelo de Salud de la Cuenca Media del Río Coco, involucra a los pobladores, hombres y mujeres, consejo de ancianos, líderes de salud, parteras, sukias, curanderas/os, Pasa Yapti, comprometiéndose en la lucha diaria para alcanzar y mantener un equilibrio interno y externo en un sistema de salud colectiva e integral, expresada en las leyes naturales y espirituales, respetada por todos los miembros de la comunidad, determinando los problemas de salud y encontrando las soluciones alternativas a los problemas identificados.

Los miembros de las comunidades son los artífices de un plan de salud que fortalece el Modelo de Salud Regional y contribuye a mejorar el nivel de vida de los pobladores dentro del marco de su cultura.

## **8. Metodología**

### **8.1. Tipo de Estudio**

Este es un estudio etnográfico cualitativo donde se utilizaron técnicas participativas sobre la situación de los servicios de salud de la Cuenca Media del Río Coco tomando en cuenta el contexto histórico, político, económico, y cultural. En él se conjuga el componente retrospectivo con el prospectivo e incluye la construcción de una hipótesis así como la formulación de recomendaciones y políticas aplicando el modelo de planificación y evaluación de promoción de salud PRECEED, PROCEED, MODEL OPS que combina:

- Aspectos sociales
- Aspectos epidemiológicos
- Aspectos culturales
- Aspectos de comportamiento
- Medio ambiente
- Política administrativa

### **8.2 Período de Ejecución**

El período comprendido para la ejecución del proyecto fue de tres meses comprendidos de Junio a Septiembre de 1999.

### 8.3. Técnicas de Recolección de Datos

- Analisis documental
- Tecnicas cuantitativas: Encuesta, las preguntas fueron aplicadas de forma directas.
- Tecnicas cualitativas: Entrevistas, observaciones y grupos focales.

### 8.4. Analisis Documental

Se realizó la recopilación, analisis y comparación de la documentacion sobre la Situacion de Salud en cada momento histórico. Esto fue complementado con el analisis del documento de Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlantico Norte, documentos sobre la Situación de Salud del Rio Coco, documentos sobre Metodologia Participativa y documentos sobre Politicas, Normas y regulaciones del MINSA, OPS.

Con todo este insumo se realiza el trabajo de campo en un Taller con sesenta personas en San Carlos Rio Coco. Esto fue complementado con los resultados de las encuestas, entrevistas, y la observación *in situ*.

### 8.5. La Encuesta

La encuesta se aplicó a personal de puestos de salud seleccionados con base a criterio previamente establecidos, tales como: Puestos de salud con mas problemas, con menos problemas, grupos focales, ONG's MINSA/SILAIS. Utilizando lineamientos metodológicos para la realización de analisis sectoriales en salud PIAS- OPS- OMS.

### 8.6. Grupos Focales

Se formaron los grupos focales para poder conocer la opinión que tienen los lideres, parteras, curanderas, y población sobre la salud en su region, estos datos serán procesadas por variable.

Los grupos focales fueron, Asang, Klisnak, San Carlos, y un grupo de lideres de Karrizal, Andres Tara y San Esquipula.

### 8.7. Taller Territorial

Se realizo un taller territorial participativo con lideres, hombres y mujeres, en San Carlos, Río Coco, por dos días con 60 integrantes todos lideres de sus comunidades, para diseñar una propuesta por parte de los pobladores de la Cuenca Media del Rio Coco de la RAAN.

El desarrollo del DRP fue mediante técnicas cualitativas de acción participativas, como lluvias de ideas, sociodramas, coritos, cuentos, y juegos, donde se involucro a todos los integrantes del taller, aplicándose también entrevistas.

Se formaron grupos focales en tres comunidades, y uno con líderes comunitarios, parteras, mujeres organizadas. La selección de los grupos focales fue considerando el trabajo comunal que cada uno de ellos ejecutaba en su comunidad y el liderazgo de cada uno de ellos.

Líderes de salud, curanderas, síndicos, delegados de la palabra de Dios, maestros/as representantes de organización de mujeres en la comunidad y amas de casas.

Este ejercicio se complementó con entrevistas y encuestas, con preguntas directas semi estructuradas, al Presidente del Consejo Regional de Salud, MINSA/ SILAIS, MAESTROS/AS, PARTERAS, personal de Salud y ONG's.

#### 8.8. Procesamiento de datos

Se ordenan los datos, clasifican y se hace una selección, validando el estudio en un Taller con líderes y ONG, a partir de lo cual se desarrollo la Propuesta de Salud.

### 9. Área de Estudio - Cuenca Media

#### 9.1. Universo

El universo del estudio esta constituido por 24 comunidades de la Cuenca Media del Rio Coco: Amakik, Asang, Casa Sola, Casa Sola II, Cocal, Florida, Karrisal, Kitaski, Klisnak, Krasa, Krin Krin, Namahska, Pihlipita, San Carlos, San Esquipulas, San Juan de Bodegas, San Pedro, Sang Sang, Santa Isabel, Santo Tomas, Tulankira, Tulimbila, Waspukta, y Wiwinak.

La única vía de comunicación de estas comunidades es por el río Coco, que es de difícil navegación, por los sedimentos que quedaron despues del Huracan Mitch, y por las sequias debido al despale, en sus márgenes especialmente en las zonas de río arriba.

#### 9.2 Muestra

La muestra fue el Universo las veinticuatro comunidades.

## **10. Propuesta de Modelo de Salud Autonómico, Comunitario e Intercultural en las Comunidades Miskitas de la Cuenca Media del Río Coco, Junio 1999, en la Región Autónoma Atlántico Norte, Nicaragua, Centro América.**

### **10.1. Presentación**

La Cuenca Media del Río Coco, Li Lamni Tasbaika Kum, es el sector del Río Wangki comprendida entre Waspuk tah y Karizal. De acuerdo a los resultados del estudio, no es la peor zona del Río, no ha sido percibida por los comunitarios/as como la zona de mayor vulnerabilidad.

Sin embargo, los resultados del Huracán Mitch fueron graves. Pareciera que el nivel de empobrecimiento de los pobladores/as (85% son pobres de acuerdo al mapa de pobreza), el impacto de la deforestación en la zona más "arriba", la falta de definición legal de los derechos territoriales de las comunidades y su consecuente dependencia para sobrevivir de tierras hondureñas, la falta casi absoluta del Estado, la descoordinación entre las instituciones que tienen presencia en la zona, la deficiente situación sanitaria, entre otras cosas la ubican entre los territorios más marginados.

A pesar de esos problemas, la Cuenca Media cuenta con un enorme potencial humano, cultural, lingüístico, en biodiversidad, en capacidad de liderazgo comunitario que lo ubica como una zona de alto potencial de desarrollo sostenible, integral e intercultural.

La gente está ansiosa por hacer cosas, por trabajar, principalmente por mejorar su nivel de vida. Están ansiosos por hacerse visibles, por tener una voz pero que ésta sea escuchada. Parece que el resultado del Huracán sirvió para comenzar ha visualizarlos.

Si partimos del concepto de salud indígena que plantea que la mente, el cuerpo, el entorno con todos sus elementos se complementan para mantener el equilibrio, en el cual la fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano en el que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico pareciera que están en un buen momento para trabajar en un plan de salud.

Este plan podría transformarse en el eje articulador de los diversos actores externos e internos y permitir a partir de allí avanzar hacia la construcción de relaciones de coordinación para definir un plan de desarrollo comunitario, sostenible, integral e intercultural. Sería un importante paso para comenzar no sólo a reconocer sino a asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas del Wangki.

## ***10.2 Principales Problemas de Salud en la Cuenca Media***

Entre los principales problemas relacionados con el área de salud de la Cuenca Media del Río Coco se identificaron los siguientes:

- Limitada cobertura de servicios del Estado en las comunidades
- Desabastecimiento de medicamentos
- Ausencia de educación sanitaria
- Infraestructura inadecuada
- Falta de personal de salud idóneo
- Dependencia territorial para la siembra y mercadeo de productos
- Irrespeto a la cultura en la organización de los servicios de salud
- Alta incidencia de enfermedades de origen hídrico y de condiciones sanitarias deficientes
- No se valora las prácticas de salud indígena
- No hay coordinación entre las pocas instituciones que prestan servicios
- Débil capacidad de gestión e incidencia de la organización comunitaria

## ***10.2 Prioridades de Salud en la Cuenca Media***

- Hacer uso adecuado de los recursos de salud humanos y materiales existentes
- La organización de los servicios de salud debe basarse en el respeto a sus creencias, cosmovisión y la revitalización cultural
- Incrementar las prácticas de salud indígena de la Cuenca Media
- Incrementar la capacidad de auto - organización, gestión e incidencia de las autoridades y organización comunitaria
- Incrementar las medidas de seguridad alimentaria
- Fortalecer la presencia del Estado y la coordinación interinstitucional
- Tomar medidas para asegurar abastecimiento de agua limpia y eliminación de excretas en áreas no contaminantes

#### 10.4. *Principios del Plan de Salud de la Cuenca Media del Río Coco*

Las políticas y principios de la atención en salud a la población de las comunidades de la Cuenca Media del Río Coco están comprendidas en el marco de referencia de las políticas Nacionales de Salud, las políticas regionales de salud y deben ser respetuosas y congruentes con el sistema de salud indígena.

Los principios y políticas en los cuales se basa el Plan de Salud del Río Coco son los siguientes:

- El concepto de integralidad en la atención en salud en el Río Coco debe abarcar los aspectos de seguridad alimentaria, derechos indígenas, fortalecimiento de la identidad, desarrollo local además de enfocar elementos curativos, de rehabilitación, preventivos y de promoción, haciendo énfasis en estos dos últimos.
- La organización de los servicios de salud en las comunidades de la Cuenca Media del Río Coco debe ser responsabilidad de las propias organizaciones comunitarias en coordinación con las estructuras del Estado responsables de la salud: MINSA, Consejo Regional Autónomo, Gobierno Regional y Alcaldía Municipal.
- Los conocimientos, creencias, saberes y dones de los comunitarios/as sobre salud deben ser revitalizados, promovidos y valorados como base para la promoción y prevención.
- Las acciones deben responder al principio de la reciprocidad, es decir que si bien la salud también es responsabilidad de las familias y comunidades, las instancias del gobierno deben asumir su rol como garante de la salud de las comunidades.
- Los ejes para la construcción de comunidades saludables en el Río Coco son: respeto, defensa y promoción de derechos humanos e indígenas, condiciones sanitarias mínimas y auto - desarrollo comunitario sostenible integral y salud intercultural.
- La promoción de la salud, entendida como un proceso que permite a las personas incrementar el control de los factores y mejoren su propia salud. Es una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable. Se consigue a través de tres mecanismos: autocuidado, ayuda mutua y entornos sanos. Las formas de promoción deben dirigirse a educación, legislación, formación, investigación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario.



## **10.5. *Objetivos del Plan de Salud***

### **10.5.1. Propósito**

Las comunidades indígenas de la Cuenca Media del Río Wangki, han mejorado su nivel de vida y participan de forma efectiva en el desarrollo de sus comunidades con un enfoque integral, sostenible e intercultural.

### **10.5.2. Objetivo del Plan de Salud de la Cuenca Media**

Las Comunidades de la Cuenca Media del Río Wangki, han fortalecido su capacidad para implementar un plan de salud holístico que articula el sistema de salud comunitario con el sistema de salud exógeno.

### **10.5.3. Resultados Esperados**

- Se han rehabilitado, equipado, completado y capacitado el personal del Centro de Salud con camas en San Carlos y los puestos de salud en Pilpihlia, Krinkrin, Wiwinak, Raiti, San Pedro, Santa Isabel, Asang, Krasa, Sang Sang y Kitaski.
- Se han elaborado planes de salud con un enfoque integral, intercultural y sostenible en las 24 comunidades de la Cuenca Media con la participación de actores externos e internos (MINSA, ALCALDÍA, COMISION DE SALUD CONSEJO REGIONAL, SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL, ONG'S Y ORGANIZACIONES DE CADA COMUNIDAD).
- Los agentes de salud tradicionales de las comunidades cuentan con espacios de intercambios y se ha fortalecida su auto - organización.
- Se ha incrementado la capacidad de auto - organización, gestión e incidencia de las autoridades y organización comunitaria.
- El Estado y las comunidades cuentan con medidas definidas en conjunto para asegurar la seguridad alimentaria (tenencia de la tierra, planes de uso del suelo, producción, comercialización, procesamiento, otros)
- El sector de la Cuenca Media cuenta con una estructura de coordinación interinstitucional amplia que responde a las prioridades definidas por las comunidades y han compartido responsabilidades en la elaboración, implementación, financiamiento y monitoreo del plan.

- Se ha definido un plan de establecimiento de sistemas de abastecimiento de agua limpia y eliminación de excretas en cada comunidad y se ha definido un plan de gestión para implementarlo.

## **10.6. Actividades del Plan de Salud de la Cuenca Media:**

### **10.6.1. Resultado Esperado 1:**

*Se han rehabilitado, equipado, completado y capacitado el personal del Centro de Salud con camas en San Carlos y los puestos de salud en Pilpithlia, Krinkrin, Wiwinak, Raiti, San Pedro, Santa Isabel, Asang, Krasa, Sang Sang y Kitaski.*

- Conformar y asegurar el funcionamiento<sup>62</sup> de la comisión de salud de la Cuenca Media del Río Coco con todas las autoridades comunales, la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, la Alcaldía Municipal, las ONG s que trabajan en la zona, las Iglesias Morava, Católica e Iglesia de Dios.
- Negociar con el Proyecto Wangki y con los otros organismos que tienen presencia en la zona para el apadrinamiento de uno o varios puestos de Salud cada una de ellas. El plan de apadrinamiento deberá incluir reparación, equipamiento, asistencia técnica y capacitación para el personal para elaborar, implementar, monitorear y evaluar el plan del centro o puesto.
- Suscribir el acuerdo en entre el Organismo, la comunidad y el Consejo de Salud Regional estableciendo compromisos, fechas y planes.
- Hacer una gestión especial con el MINSA a fin de completar el personal de salud en las unidades de salud.
- Que el MINSA con URACCAN elabore un plan de educación continua para el personal de salud priorizando:

---

<sup>62</sup> Debe elaborar un plan de trabajo, definir funciones de los miembros, aprobar con ajustes respectivos esta propuesta, definir un sistema de monitoreo e implementarlo. Cada seis meses al menos deberá sesionar.

<b>Médicos</b>	• Cultura e idioma miskitu
<b>Enfermería</b>	• Salud Comunitaria Integral (Diplomado y Técnico en Salud Rural) <sup>63</sup>
<b>Líderes de Salud</b>	• Salud Comunitaria
	• Priorizar la educación popular sanitaria y promoción de la salud
<b>Líderes Comunales</b>	• Educación Sanitaria y Promoción de Salud Comunitaria
	• Gestión Local de Salud
<b>Partera</b>	• ARO

- Establecer mecanismos claros de traslado de pacientes hacia el nivel secundario ya sea en Nicaragua o en Honduras y asegurar medios de comunicación y transporte en las unidades de salud para tal fin. Negociar este aspecto con el Proyecto de la UE para modernización del sector salud.

#### 10.6.2. Resultado Esperado No. 2

*Se han elaborado planes de salud con un enfoque integral, intercultural y sostenible en las 24 comunidades de la Cuenca Media con la participación de actores externos e internos (MINSA, ALCALDÍA, COMISION DE SALUD CONSEJO REGIONAL, SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL, URACCAN-IMTRADC, ONG'S Y ORGANIZACIONES DE CADA COMUNIDAD).*

- Conformar equipo de facilitación entre las instituciones y organizaciones con presencia en la zona. En el mismo sería conveniente la presencia del MINSA, Alcaldía, Consejo de Salud de Consejo Regional Autónomo, Gobierno Regional, ONG's, URACCAN-IMTRADC y organizaciones comunales.
- Diseñar pasos metodológicos basados en técnicas participativas. Será recomendable utilizar la metodología de Investigación Acción Participativa, diseñado en términos de procesos comunitarios y respondiendo a los ritmos de cada comunidad.
- Los criterios de selección del orden de las comunidades podrán basarse en número de habitantes, gravedad de los problemas de salud, grado de interés de los comunitarios/as, identificación de procesos ya en marcha.
- Implementar metodología para la elaboración de planes en las comunidades.

<sup>63</sup> Usar como base los planes de estudios ya elaborados de forma participativa entre el MINSA y URACCAN

- El plan de salud de cada comunidad deberá contener aspectos sobre vigilancia epidemiológica, prevención y mitigación de desastres, solución a problemas hídricos, articulación entre los dos sistemas de salud y entre niveles del sistema de salud occidental, medidas internas para enfrentar problemas de salud, plan de capacitación, educación y comunicación sanitaria, plan de monitoreo y evaluación.
- Devolución de los planes de salud en las comunidades en sesiones comunitarias y luego en reunión de la Comisión de Salud de la Cuenca Media.
- Dar seguimiento a los planes en cada comunidad.

### 10.6.3. Resultado Esperado No. 3

*Los agentes de salud tradicionales de las comunidades cuentan con espacios de intercambios y se ha fortalecido su auto - organización.*

- Elaborar con los sukias, curanderos y parteras un plan de intercambios.
- La experiencia ha demostrado que este debe ser un proceso cuidadoso y lento a fin de generar confianza en los facilitadores/as.
- Producir y disseminar materiales sobre las plantas medicinales y la salud indígena.
- Organizar visitas de intercambio a Krabutingni.
- Organizar y efectuar talleres de capacitación con parteras.
- Documentar, sistematizar y divulgar (por video o libro comunitario), la vida, trabajo y experiencias de ATS famosos de la zona.

### 10.6.4. Resultado Esperado No. 4

- *Se ha incrementado la capacidad de auto - organización, gestión e incidencia de las autoridades comunales a niveles municipales, regionales y nacionales.*
- Las comisiones de salud de las comunidades elaboran su cartera de proyectos y su plan de incidencia.
- Promover negociaciones entre la dirigencia comunitaria y las organizaciones presentes en la zona, en el ámbito municipal y en el ámbito regional.

- Promover que las autoridades comunitarias tengan acceso a medios de comunicación local, regional y nacional. Corresponsales comunitarios, pagina de salud en Autonomía, Hora de salud en Wangki Karma, otros.

#### 10.6.5. Resultado Esperado No. 5

*El Estado y las comunidades cuentan con medidas definidas de forma conjunta para asegurar la seguridad alimentaria (tenencia de la tierra, planes de uso del suelo, producción, comercialización, procesamiento, otros)*

- Promover la formulación concertada de un Plan de Desarrollo Humano y Sostenible del Municipio de Wangki. Quizás esto pueda negociarse con el Proyecto Wangki y las ONG's con presencia en el Municipio, las Iglesias, el gobierno regional y municipal. Puede ser promovido por la Comisión de implementación del modelo de Salud.
- Promover un foro sobre salud en el Rio Cocó con todas las organizaciones que trabajan en la zona. Quizas puede efectuarse en Waspam la próxima sesión del Consejo Regional de Salud y tratar de motivar a las organizaciones con presencia en el municipio a coordinar esfuerzos.
- Promover para que en los planes de salud de las comunidades se incorporen aspectos relativos a la seguridad alimentaria, la elaboración de los planes de uso del territorio, otros.

#### 10.6.6. Resultado Esperado No. 6

*El sector de la Cuenca Media cuenta con una estructura de coordinación interinstitucional amplia que responde a las prioridades definidas por las comunidades y han compartido responsabilidades en la elaboración, implementación, financiamiento, monitoreo y evaluación del plan.*

- Promover reuniones periódicas entre las organizaciones con presencia en la zona y las autoridades comunales.
- Elaborar, implementar y dar seguimiento a plan de acompañamiento y gestión conjunta.

### *10.6.7. Resultado Esperado No.7*

*Se ha definido un programa concertado para el establecimiento de sistemas de abastecimiento de agua limpia y eliminacion de excretas en cada comunidad y se ha definido un plan de gestion para implementarlo.*

- Elaborar un estudio para identificar las mejores opciones de abastecimiento de agua limpia, disposicion de excretas y drenaje.
- Incorporar en el plan de salud de cada comunidad los aspectos relativos a saneamiento básico.
- Elaborar un plan de comunicación y educación sanitaria para el sector de la cuenca media utilizando medios tradicionales y no tradicionales.
- Elaborar un plan para enfrentar la situación de vulnerabilidad física y prevenir o mitigar desastres en cada comunidad e incorporarlo al plan de salud.
- Incrementar las medidas de vigilancia epidemiológica.
- Revisar y mejorar los mecanismos de distribución de cloro en las comunidades.

### **10.7 Estrategias para la Implementación del Plan de Salud en la Cuenca Media**

Para la Implementación del plan de salud se recomiendan los siguientes elementos:

- Debe asegurarse la participacion respetuosa de los agentes comunitarios (medicos tradicionales, lideres, curanderos, parteras, brigadistas) en el Plan de atención de salud.
- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las comunidades debe fortalecerse articulando la medicina tradicional con la medicina occidental.
- El proceso de incremento de la capacidad del liderazgo comunitario en el manejo de sus condiciones de salud, deberá partir de un enfoque holístico, integral e intercultural. Desarrollar para lo anterior nuevas modalidades de gestion realmente participativas y democraticas.

- El reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la población de las comunidades debe ser el punto de partida para el establecimiento de un modelo de atención que responda adecuadamente a las necesidades reales de la población y la institucionalización del enfoque intercultural de la salud.
- La Descentralización se constituye en una de las estrategias que deben impulsarse en forma prioritaria, ya que implica la transferencia del poder central a instancias locales. Lo anterior, posibilita las relaciones interculturales.
- Toda la población y en especial, los grupos desprotegidos deben tener acceso económico, social, geográfico y cultural a la atención básica en salud.
- Fortalecimiento de la promoción de la salud en distintos niveles geográficos, con el compromiso de las autoridades y miembros de las comunidades, municipios y Gobierno Regional para el establecimiento de una red de comunidades indígenas saludables que contribuya a mejorar las condiciones de vida de la población en la RAAN.
- Fortalecer a través de todas las acciones el primer nivel de atención de la salud. Mejorar la calidad de la atención en las unidades de salud existentes.

## **10.8. *Funcionamiento del Plan de Salud en la Cuenca Media***

El plan se enmarca en lo que se identifica como Atención Primaria en Salud, por lo tanto sus acciones tienden a:

### **10.8.1. Garantizar Accesibilidad Geográfica**

Con la ubicación de los puestos de salud ya construidos y el Centro de Salud con camas en San Carlos y Raiti mejorando su calidad, las personas contarán con servicios más accesibles.

### **10.8.2. Accesibilidad Cultural**

Se podrá asegurar de dos formas: por un lado, respetando, revalorizando y promoviendo la medicina indígena. Esto permitirá ir acercando los dos sistemas entre sí para favorecer colaboraciones entre ellas y mejorar la eficacia de ambos sistemas de salud.

Por otro lado, con una capacitación adecuada desde el punto de vista intercultural al personal actual y completando personal de salud con personas idóneas, preferiblemente autóctonas se contribuirá a eliminar las barreras culturales y lingüísticas.

### 10.8.3. Accesibilidad Económica

En esta zona del país en la cual aproximadamente el 85% de la población es pobre, el Estado deberá asumir una mayor cuota de compromiso en asegurar los recursos básicos para atender a la población. También será importante que en la asignación de recursos económicos se considere un bono adicional para los trabajadores de la salud en esa zona.

La atención primaria dará prioridad a:

- Servicios de saneamiento básico: agua, cloro, disposición de desechos
- Promoción de la salud
- Educación y comunicación sanitaria
- Atención IRA, EDA y malaria

### 10.8.4. Revitalización de la Medicina Tradicional Indígena

Para lograr esto las prioridades serán:

- Promoción y defensa de los derechos indígenas
- Autoorganización de los médicos/as tradicionales indígenas
- Autoorganización comunitaria
- Incremento de la capacidad técnica y de gestión de los líderes de salud

## 10.9. ***La Gestión del Plan de Salud de la Cuenca Media***

Basándose en el Modelo de Salud de la Región que contempla una estructura acorde a la división política administrativa de la Región, se considera que la estructura y funcionamiento del Plan de Salud en la Cuenca Media deberá tener como base la Comisión de Salud Comunitaria donde se estará involucrando a todos los actores de las comunidades y funcionará de acuerdo a las normas tradicionales comunitarias.

### 10.9.1. Las Autoridades Comunales

Las autoridades comunales serán los directivos de la salud desde sus comunidades conformando una red de coordinación con el MINSA, ONG's, Alcaldía, Gobierno Regional, Consejo Regional Autónomo.



Serán los responsables de definir, implementar y monitorear los planes de salud de las comunidades. Serán los que garantizarán, el cuidado de la infraestructura y el equipamiento de las unidades de salud.

Serán también los articuladores entre los dos sistemas de salud. A través de los indicadores de monitoreo del plan de salud comunal deberán garantizar el control social del mismo.

#### *10.9.2. Consejo Regional de Salud*

Sería conveniente contar con la Secretaría Regional de Salud para el fortalecimiento y seguimiento del Consejo de Salud de la Región. Esa instancia democrática, de amplia participación de las diversas expresiones de la sociedad civil costeña tendrá un rol de monitoreo, involucrándose en las gestiones de aseguramiento del plan de salud.

Esa instancia tendrá que jugar un importante papel en la búsqueda de recursos externos, coordinar entre actores externos y, asegurando las relaciones intersectoriales. También, será importante su papel de fortalecimiento de las redes de salud en la región.

Una de las primeras responsabilidades de esta instancia es lograr que la Comisión de Salud del Municipio de Waspam, se apropie de la implementación del plan de salud de la Cuenca Media y eche a andar el proceso.

#### *10.9.3. Comisión de Salud del Municipio de Waspam*

Es la instancia responsable de empujar el proceso en la Cuenca Media. Deberá organizar el equipo facilitador a partir de las organizaciones e instituciones que tienen presencia en la zona de la Cuenca Media.

En su propio plan de trabajo deberá incluir las acciones para el seguimiento del plan de salud de la Cuenca Media, comenzando con el primer taller de actores de la Cuenca Media y luego al menos un seguimiento semestral.

#### *10.9.4. La Alcaldía Municipal de Waspam*

Independientemente de la debilidad institucional que actualmente presenta, la alcaldía municipal, deberá asumir la coordinación intersectorial. Deberá ser capaz de articular esfuerzos con el fin de abordar problemas más sentidos de la población como es el agua potable, disposición de desechos y letrinas.

Otra de las responsabilidades del municipio será coordinar el plan de vulnerabilidad a fin de prevenir o mitigar los efectos de los desastres naturales en las comunidades del municipio.

#### 10.9.5. MINSA- SILAIS

Como instancia rectora de la salud en el país le corresponde asegurar las medidas de descentralización, entendiendo como tal asignar los recursos adecuados, personal con capacidad profesional y técnica necesaria y servir como instancia normadora y articuladora de las acciones de salud.

En ese sentido contará con los siguientes servicios en la zona:

- Líderes de salud en las comunidades
- Puestos de salud con personal médico y de enfermería
- Centro de Salud con camas en San Carlos
- Medios de comunicación y de transporte con recursos adecuados para el traslado de emergencias hacia Waspam
- Convenio vigente con unidades de salud en Honduras

#### 10.9.6. Organizaciones No Gubernamentales - ONG's

- Convenios con el MINSA y las comunidades para acompañar el proceso de definición, implementación y seguimiento del plan de salud en las comunidades
- Apoyo a los programas de ETS-SIDA y Antidrogas
- Apoyo a las medidas de rehabilitación, equipamiento, capacitación, monitoreo y construcción de sistemas de agua limpia y disposición de desechos.

#### 10.9.7. URACCAN- IMTRADC

- Apoyo al proceso de formación y capacitación de recursos humanos tanto de salud como de las comunidades.
- Acompañamiento al proceso de auto - organización del personal de salud tradicional de las comunidades.

Facilitamiento y monitoreo al proceso de implementación del modelo de salud en la zona.

## **10.10. *Financiamiento del Plan de Salud en la Cuenca Media del Río Coco***

### **10.10.1. Cooperación Externa**

En las comunidades de la Cuenca Media hay una presencia muy alta de Organizaciones Gubernamentales y principalmente no gubernamentales con inversiones bastante altas en diferentes programas y proyectos. Sin embargo, la inversión en salud está dirigida sólo hacia actividades no priorizadas desde el punto de vista de las comunidades o por lo menos percibidas de esa forma.

Se hace necesario, para iniciar el proceso de implementación del plan de salud alcanzar un buen nivel de coordinación entre estas instancias. Por ejemplo, solo el Proyecto Wangki tiene fondos asignados para inversiones, capacitación en desarrollo comunitario, otros. De la misma forma, los otros organismos presentes en la zona disponen de recursos, por lo tanto, la primera fuente de financiamiento sería la cooperación externa.

### **10.10.2. El Ministerio de Salud**

No se pudo obtener la información del presupuesto asignado al Río Coco. Sin embargo, debería analizarse la distribución del mismo en la zona a fin de priorizar.

Consolidar el proceso de convergencia en salud entre los pueblos, los Ministerios de Salud y demás instancias gubernamentales responsables del bienestar de estos pueblos, fortaleciendo el proceso de diálogo en el ámbito central y local.

Fortalecer la capacidad técnica institucional de los recursos humanos de la salud que laboran con pueblos indígenas para garantizar una atención con calidad y calidez.

Elaborar la capacidad de resolución de la Red de Servicios de Salud en pueblos indígenas para garantizar el equilibrio entre la demanda y la respuesta de atención.

Garantizar el seguimiento de los compromisos de salud firmados entre el gobierno central y los pueblos indígenas, mediante la gestión ínter e intrainstitucional, el monitoreo y acompañamiento del nivel nacional y local de los Ministerios de Salud.

### **10.10.3. Estrategias de Desarrollo**

Las estrategias de desarrollo que guiará el modelo de atención podrían ser agrupadas de acuerdo a los criterios rectores de la Reforma del Sector Salud e incluyen las siguientes:

### *10.10.3.1. Equidad*

- Priorización de la atención a los grupos poblacionales excluidos, particularmente a los pueblos indígenas y en ellos a la mujer y niño indígenas. De igual manera en lo referente a la salud ocupacional, priorización de la atención de pescadores, mineros, buzos, agricultores, trabajadores informales, artesanos.
- Revalorización y protección de la medicina tradicional /medicina indígena.
- Revalorización y protección de la alimentación autóctona de los pueblos.
- Los dos puntos anteriores dentro de los esfuerzos de conservación del medio ambiente y de la biodiversidad.

### *10.10.3.2. Participación Social*

- Fortalecimiento del proceso de descentralización. Es decir, el traspaso de poderes y facultades a las autoridades del nivel local garantizando el fortalecimiento de los pueblos indígenas.
- Desarrollo de la participación social, particularmente de los pueblos indígenas, en las actividades de diseño, Implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud que los involucren.

### *10.10.3.3. Calidad*

- Impulso del desarrollo de la atención primaria como el eje del modelo de salud.
- Desarrollo del marco jurídico que permita la incorporación de nuevos paradigmas y estrategias en la atención de salud.
- Fortalecimiento y desarrollo de los recursos humanos en cuanto a la formación acorde a las necesidades de la población y particularmente de los pueblos indígenas, para la red de servicios en zonas étnicas y aumento de la capacidad de análisis y de asistencia técnica del personal del nivel central y local.

#### *10.10.3.4. Eficiencia*

- Fortalecimiento de la red de servicios orientado a elevar la capacidad resolutive de la oferta institucional, tomando en cuenta las particularidades de la población.
- Desarrollo de nuevas modalidades de gestión, promoviendo la participación activa de la comunidad, en la gestión de los servicios de salud y procesos de negociación, concertación, consenso y responsabilidad compartida.

#### *10.10.3.5. Sostenibilidad*

- Fomento de un entorno que permita mejorar la salud en la unidad familiar. Es decir, atención y trabajo directo con la familia y promoción de los derechos.
- Apoyo a la organización comunal en torno a la solución de problemas e impulso de la educación primaria.
- Financiamiento adecuado a través de recursos nacionales, recursos de la cooperación externa, empresas privadas y venta de servicios a poblaciones con capacidad de pago.
- Incidencia en el desarrollo de las políticas de protección del medio ambiente y de los trabajadores a través de mecanismos de coordinación que influyan en la autorización del funcionamiento de industrias que puedan tener efectos nocivos en la salud de la población o en el medio ambiente.
- Para la instrumentalización de estas estrategias, se proponen los siguientes componentes:
- Promoción de espacios de diálogo y negociación entre el sector institucional e indígena con el acompañamiento del nivel central y local.
- Investigación orientada a crear metodologías y bases de datos construidas y concertadas desde una perspectiva indígena e institucional.
- Educación y comunicación dirigida a elevar la capacidad de análisis y de propuesta de los recursos humanos de la salud y de los pueblos indígenas.
- Planificación como elemento básico para la gestión de recursos financieros y logísticos.

#### 10.10.4. Actores Involucrados en la Ejecución del Proyecto

Los actores que estarán involucrados en la ejecución del proyecto son los siguientes:

- Ministerio de Salud
- Consejo Regional Autónomo
- Alcaldía Municipal
- ONG's con presencia en la zona
- Dirigentes de las 40 comunidades
- Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal
- Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense-URACCAN
- Consejo Regional de Salud (conformado por instituciones estatales y no gubernamentales con presencia en la Costa Caribe)
- Organizaciones de la sociedad civil: indígenas, de mujeres, jóvenes, Ancianos

### 10.10.5. Indicadores

#### MATRIZ DE RESULTADOS E INDICADORES DEL PROGRAMA # 1

Resultados Esperados	Indicadores	Fuentes de Verificación	Responsables	Riesgos
Se han rehabilitado, equipado, completado y capacitado el personal del Centro de Salud con camas en San Carlos y los puestos de salud en Pilpilhía, Krinkrin, Wiwinak, Raiti, Pedro, Santa Isabel, Asang, Kraska, Sang Sang y Kitaski.	Centro de Salud en San Carlos, con 15 camas, equipado y personal rector el MINSA, CRA, ONG's, conjuntamente con los líderes autóctonos de las comunidades. Pilpilhía, Krinkrin, Wiwinak, Raiti, San Pedro, Santa Isabel, Asang, Kraska, Sang Sang y Kitaski rehabilitados sin camas.	Verificación in situ. Reportes escritos. Entrevistas a comunitarios. La responsabilidad será compartida como rector el MINSA, CRA, ONG's, conjuntamente con los líderes autóctonos de las comunidades.		
1. Conformar y asegurar el funcionamiento de la comisión de salud de la Cuenca Media del Río Coco con todas las autoridades comunales, la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, la Alcaldía Municipal, las ONG's que trabajan en la zona, las Iglesias Morava, Católica e Iglesia de Dios.	1. Comisión de Salud de la Cuenca Media del Río Coco está conformada y funciona con participación de las autoridades comunales, la Alcaldía Municipal, las ONG's que trabajan en la zona, las Iglesias Morava, Católica e Iglesia de Dios.	idem	CRA, MINSA, IGLESIA S, COMUNITARIOS	
2. Negociar con el Proyecto Wangki y con los otros organismos que tienen presencia en la zona para el apadrinamiento de uno o varios puestos de Salud en cada una de ellas. El plan de apadrinamiento deberá incluir la reparación, equipamiento, asistencia técnica y capacitación para elaborar, implementar, monitorear y evaluar el plan del centro o puesto.	2. Organismos bilaterales con presencia en la zona apadrina varios Puestos de Salud en las comunidades. El plan de apadrinamiento ha incluido la reparación, equipamiento, asistencia técnica y capacitación.	idem	CRA, MINSA, CONSEJO DE ANCIANOS	

3. Suscribir el acuerdo en entre el 3. Se ha suscriptor el idem Organismo, la comunidad y el acuerdo entre el Consejo de Salud Regional Organismo, la estableciendo compromisos, comunidad y el fechas y planes. Consejo de Salud Regional. Se han fijado compromisos, fechas y elaborado planes.

ONG, CRA,  
MINSA, COMISION  
DE Salud de la  
Cuenca Media,  
alternándose

4. Hacer una gestión especial con 4. El MINSA a idem el MINSA a fin de completar el completado el personal personal de salud en las de salud en las unidades de salud. unidades de salud.

5. Que el MINSA con URACCAN 5. MINSA y URACCAN idem elabore un plan de educación han elaborado e continua para el personal de salud implementan un plan de educación continua para el personal de salud priorizando:

Secretaria  
Académica  
Uraccan,  
Minsa/Silais

Médicos	Médicos
Enfermería	Enfermería
Líderes de salud	Líderes de salud
Líderes comunales	Líderes comunales
Gestión local de salud	Gestión local de salud
Partera	Partera

6. Establecer mecanismos claros 6. Se implementan idem de traslado de pacientes hacia el mecanismos de nivel secundario ya sea en traslado de pacientes, Nicaragua o en Honduras y comunicación y asegurar medios de comunicación transporte en las y transporte en las unidades de unidades de salud para salud para tal fin. Negociar este tal fin. aspecto con el Proyecto de la UE para modernización del sector salud.

UE, Comisión de  
Salud de la Cuenca  
Media, Minsa, CRA



# **MATRIZ DE RESULTADOS E INDICADORES DEL PROGRAMA # 2**

<b>Resultados Esperados</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes de Verificación</b>	<b>Responsables</b>	<b>Riesgos</b>
<b>Resultado Esperado No. 2</b>	<b>Resultado Esperado No. 2</b>			
<p>Se han elaborado planes de salud con un enfoque integral, intercultural y sostenible en las 24 comunidades de la Cuenca Media sostenible. Un plan por comunidad con la participación de actores externos e internos (MINSA, ALCALDÍA, COMISION DE SALUD CONSEJO REGIONAL, SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL, URACCAN-IMTRADC, ONG'S Y ORGANIZACIONES DE CADA COMUNIDAD).</p>				
1. Conformar equipo de facilitación entre las instituciones y organizaciones con presencia en la zona. En el mismo sería conveniente la presencia del MINSA, Alcaldía, Consejo de Salud de Consejo Regional Autónomo, Gobierno Regional, ONG's, URACCAN-IMTRADC y organizaciones comunales.	1. Equipo de facilitación conformados entre las instituciones y organizaciones con presencia en la zona.	Verificación in situ. Reportes escritos. Informes de campo. Entrevistas a comunitarios.		
2. Diseñar pasos metodológicos basados en técnicas participativas. Será recomendable utilizar la metodología de Investigación Acción Participativa, diseñado en términos de procesos comunitarios y respondiendo a los ritmos de cada comunidad.	2. Se dispone de un plan metodológico basado en técnicas participativas.			
3. Los criterios de selección del orden de las comunidades podrán basarse en número de habitantes, gravedad de los problemas de salud, grado de interés de los comunitarios/as, identificación de procesos ya en marcha.	3. Se cuenta con criterios de selección del orden de las comunidades			

4. Implementar metodología para la elaboración de planes en las comunidades.  
4. Metodología para la elaboración de planes en las comunidades en implementación

### MATRIZ DE RESULTADOS E INDICADORES DEL PROGRAMA # 3

Resultados Esperados	Indicadores	Fuentes de Verificación	Responsables	Riesgos
<b>Resultado Esperado No. 3</b>	<b>Resultado Esperado No. 3</b>			
Los agentes de salud tradicionales de las comunidades cuentan con espacios de intercambios y se ha fortalecido su autoorganización.	Los agentes de salud tradicionales de las comunidades se han organizado	idem	Comisión de Salud de la Cuenca Media, ONG, Minsa	
1. Elaborar con los sukias, curanderos y parteras un plan de intercambios.	1. Planes de intercambio elaborados con los sukias, curanderos y parteras	idem	Comisión de Salud de la Cuenca Media, Uraccan, Imtradec, IEPA, ONG	
2. Producir y diseminar materiales sobre las plantas medicinales y la salud indígena.	2. Se han diseñado y editado publicaciones sobre las plantas medicinales y la salud indígena.	idem		
3. Organizar visitas de intercambio a Krabutingni.	3. Se han realizado al menos 3 visitas anuales a Krabutingni.	idem	FWL/Uraccan/CRA	
4. Organizar y efectuar talleres de capacitación con parteras.	4. Se han realizado tres talleres de capacitación con parteras, anualmente.	idem	Minsa/Uraccan / Imtradec/Comisión de Salud Cuenca Media, ONG	
5. Documentar, sistematizar y divulgar (por vídeo o libro comunitario), la vida, trabajo y experiencias de ATS famosos de la zona.	5. Vídeo y libro editados sobre la vida, trabajo y experiencias de ATS destacados de la zona.	idem	Uraccan/Imtradec/ONG	
5. El plan de salud de cada comunidad deberá contener aspectos sobre vigilancia epidemiológica, prevención y mitigación de desastres, solución a problemas hídricos, articulación entre los dos sistemas de salud y de	5. El plan de salud de cada comunidad contiene aspectos sobre vigilancia epidemiológica, prevención y mitigación de desastres, solución	idem	Minsa/Alcaldía/ONG/Comisión de Salud de la Cuenca Media/Comunitarios	

entre niveles del sistema de salud a problemas hídricos, occidental, medidas internas para articulación entre los enfrentar problemas de salud, plan dos sistemas de salud de capacitación, educación y y entre niveles del comunicación sanitaria, plan de sistema de salud monitoreo y evaluación.

occidental, medidas internas para enfrentar problemas de salud, plan de capacitación, educación y comunicación sanitaria, plan de monitoreo y evaluación.

6. Devolución de los planes de salud en las comunidades en sesiones comunitarias y luego en reunión de la Comisión de Salud de la Cuenca Media.	6. Se han realizado 24 devoluciones planes de salud en el ámbito comunal	idem	CRA/Comisión de Salud de la Cuenca Media	
7. Dar seguimiento a los planes en cada comunidad.	Informes de seguimiento elaborados	de idem	Minsa/Silais, CRA, Alcaldía	

#### MATRIZ DE RESULTADOS E INDICADORES DEL PROGRAMA# 4

Resultados Esperados	Indicadores	Fuentes de Verificación	Responsables	Riesgos
<b>Resultado Esperado No. 4</b>	<b>Resultado Esperado No. 4</b>			
Se ha incrementado la capacidad de autoorganización, gestión e incidencia de las autoridades comunales a niveles municipales, regionales y nacionales.	Se ha incrementado la capacidad de autoorganización, gestión e incidencia de las autoridades comunales a niveles municipales, regionales y nacionales.	idem	CRA, Minsa, Alcaldía	
1. Las comisiones de salud de las comunidades elaboran su cartera de proyectos y su plan de incidencia.	1.24 Cartera de proyectos y planes de incidencia elaborados.	idem	Comisión de Salud Cuenca Media, CRA	
2. Promover negociaciones entre la dirigencia comunitaria y las organizaciones presentes en la zona, en el ámbito municipal y en el ámbito regional.	2. Se han realizado reuniones de negociación entre la dirigencia comunitaria y las organizaciones presentes en la zona, en el ámbito municipal y en el ámbito regional.	idem	Minsa, CRA, Comisión de Salud	

3. Promover que las autoridades comunitarias tengan acceso a medios de comunicación local, regional y nacional.	3 Autoridades comunitarias tienen acceso a medios de comunicación local, regional y nacional.	idem	FWL, Uraccan, Ong, Minsa, CRA	
Corresponsales comunitarios, página de salud en Autonomía, Hora de salud en Wangki Karma, otros.				

## MATRIZ DE RESULTADOS E INDICADORES DEL PROGRAMA# 5

Resultados Esperados	Indicadores	Fuentes de Verificación	Responsables	Riesgos
Resultado Esperado No. 5	Resultado Esperado No. 5			
El Estado y las comunidades El Estado y las idem cuentan con medidas definidas de comunidades han forma conjunta para asegurar la definido conjuntamente seguridad alimentaria (tenencia de algunas medidas para la tierra, planes de uso del suelo, asegurar la seguridad producción, comercialización, alimentaria procesamiento, otros)				
1. Promover la formulación concertada de un Plan de Desarrollo Humano y Sostenible del Municipio de Wangki. Quizás esto pueda negociarse con el Proyecto Wangki y las ONG's con presencia en el Municipio, las Iglesias, el gobierno regional y municipal. Puede ser promovido por la Comisión de implementación del modelo de Salud.	1. Promover la formulación concertada de un Plan de Desarrollo Humano y Sostenible del Municipio de Wangki.	idem		
2. Promover un foro sobre salud en el Río Coco con todas las organizaciones que trabajan en la zona. Quizás puede efectuarse en la próxima sesión del Consejo Regional de Salud y tratar de motivar a las organizaciones con presencia en el municipio a coordinar esfuerzos.	2. Se ha realizado un foro sobre salud en el Río Coco con todas las organizaciones que trabajan en la zona.	idem	Gobierno Regional, Minsa/ONG's	
3. Promover para que en los planes de salud de las comunidades se incorporen aspectos relativos a la seguridad alimentaria, la elaboración de los planes de uso del territorio, otros.	3. En los planes de salud se han incorporado aspectos relativos a la seguridad alimentaria.	idem		

### MATRIZ DE RESULTADOS E INDICADORES DEL PROGRAMA # 6

<i>Resultados Esperados</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuentes de Verificación</i>	<i>Responsables</i>	<i>Riesgos</i>
Resultado Esperado No. 6	Resultado Esperado No. 6			
El sector de la Cuenca Media Estructura de idem cuenta con una estructura de coordinación interinstitucional interinstitucional amplia que responde a las conformada y prioridades definidas por las respondiendo a las comunidades y han compartido prioridades definidas responsabilidades en la por las comunidades elaboración, implementación, financiamiento, monitoreo y evaluación del plan.				
1. Promover reuniones periódicas entre las organizaciones con presencia en la zona y las autoridades comunales.	1. Se han realizado al idem trimestral entre las organizaciones con presencia en la zona y las autoridades comunales.			
2. Elaborar, implementar y dar seguimiento a plan de acompañamiento y gestión conjunta.	2. Plan de idem de acompañamiento y gestión conjunta ha sido implementado.			

### MATRIZ DE RESULTADOS E INDICADORES DEL PROGRAMA # 7

<i>Resultados Esperados</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuentes de Verificación</i>	<i>Responsables</i>	<i>Riesgos</i>
Resultado Esperado No. 7	Resultado Esperado No. 7			
Se ha definido un programa implementación del idem concertado para el Programa concertado establecimiento de sistemas de para el establecimiento abastecimiento de agua limpia y de sistemas de eliminación de excretas en cada abastecimiento de comunidad y se ha definido un agua limpia y plan de gestión para eliminación de excretas implementarlo. en cada comunidad				

1. Elaborar estudios para identificar las mejores opciones de abastecimiento de agua limpia, disposición de excretas y drenaje.

1. Se han elaborado 24 mini-estudios para identificar las mejores opciones de abastecimiento de agua limpia, disposición de excretas y drenaje.

2. Incorporar en el plan de salud de cada comunidad los aspectos relativos a saneamiento básico.

2. Aspectos de saneamiento básico incorporados en los planes de salud.

3. Elaborar un plan de comunicación y educación sanitaria para el sector de la cuenca media utilizando medios tradicionales y no tradicionales.

3. 24 Planes de comunicación y educación sanitaria elaborados.

4. Elaborar un plan para enfrentar la situación de vulnerabilidad física y prevenir o mitigar desastres en cada comunidad e incorporarlo al plan de salud.

4. Planes para prevención de desastres de cada comunidad incorporados al plan de salud.

5. Incrementar las medidas de vigilancia epidemiológica.

5. Implementadas las medidas de vigilancia epidemiológica.

6. Revisar y mejorar los mecanismos de distribución de cloro en las comunidades.

6. Mejorados los mecanismos de distribución de cloro en las comunidades.

Se analizará el grado de cumplimiento en base a indicadores que midan tanto aspectos cualitativos como cuantitativos. Se procurará asegurar establecer indicadores que permitan dar seguimiento tanto al establecimiento de los modelos de salud comunitarios como la participación efectiva de los actores comunales en el proceso.

Entre los indicadores están:

- Se han reducido las condiciones de riesgo de enfermedades epidémicas de origen hídrico en 40 comunidades del Río Coco
- Se ha fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica y ha sido ajustado tomando en cuenta las particularidades culturales y organizativas de las 40 comunidades del Río Coco

- Al menos el 50% de los líderes y dirigentes comunitarios (hombres y mujeres) están participando en el proceso de implementación del modelo de salud en la Cuenca Media del Río Coco
- Las 40 comunidades del Río Coco han incrementado sus coberturas de inmunización en 50%
- Se han rehabilitado 6 puestos de salud y se han construido 3 puestos de salud
- Se han establecido y están funcionando 20 comisiones de salud
- La comisión de salud de las comunidades de Río Coco arriba han presentado su plan de comunidades saludables ante el Consejo Regional de Salud y han establecido de forma conjunta un plan de apoyo y seguimiento



## 11. Conclusiones y Recomendaciones

En el transcurso de esta investigación y estudiando cada momento histórico, vemos que los problemas de salud en las Comunidades de La Cuenca Media del Río Coco, siguen siendo los mismos desde hace décadas atrás: marginación a la población por parte de las instancias de poder, desconocimiento del ambiente socioeconómico del área, falta de implementación de procesos participativos populares, falta de programa de apoyo a la mujer y otros. Por otra parte se nota un deseo de lucha y sobrevivencia de la población, revitalización de su cultura, en la Cuenca Media y el deseo de elevar su nivel de vida y autoestima.

Respecto a la situación de salud se concluye que en la Cuenca Media del Río Coco:

- La presencia del Estado es sumamente débil:
  1. Esta está referida a la escasa presencia de médicos y enfermeras profesionales.
  2. Condiciones deficitarias de la infraestructura de los servicios de salud.
  3. Bajo nivel de suministro médicos.
  4. Suministros médicos inadecuados en cantidad y especificidad a las necesidades.
  5. Insuficiente atención técnica y capacitación a personal paramédico como parteras y enfermeras empíricas, líderes de salud, curanderos y sukias.
- Las recomendaciones reacción de la población a la situación descrita anteriormente ha sido la siguiente:
  1. Uso e incremento de los conocimientos de la medicina tradicional, fortaleciendo los comunitarios su capacidad de gestión, elaborando planes de salud conjuntamente con las autoridades municipales, regionales y nacionales apoyados por las organizaciones con presencia en la zona.
  2. Mayor atención técnica a líderes de salud de la región, dentro de un marco de respeto hacia su cultura, saberes y dones.
  3. No es posible hacer ninguna investigación sin una participación activa de la población, que sean ello/as actores directos de sus decisiones.

4. Un aspecto importante a destacar es la escasa relación existente entre la concepción de género occidental que como prejuicio de la autora de este estudio suponía que iba a encontrar y la realidad de las relaciones al seno de la familia y las comunidades miskitas. Tradicionalmente la mujer ha mantenido un rol importante en los pobladores. Importante a la par del hombre en la realización de actividades económicas, sociales y culturales que le han conferido su posición y condición en esa sociedad. El esquema de salud local propuesto está diseñado de manera que no rompe con la estructura tradicional.

La mujer es el eje de su hogar, y su comunidad, el lazo de unión en las familias, ella es la que da la vida, como mujer, es la que recibe la vida, como partera, la que corta el ombligo, la lapia, dando continuidad a la vida dentro de su comunidad no como mujer solamente sino, como mujer comunitaria, donde todos los problemas que surgen se resuelven dentro de la comunidad.

## 12. BIBLIOGRAFIA

Adams, R. *El contexto internacional y los 12 pueblos indígenas*. Universidad de Texas, USA

Alemán, Wilson, y McCoy. *Percepción de las comunidades Indígenas sobre la diversidad, propiedad intelectual y derecho indígenas*. IMTRADC. IREMADES\_URACCAN. 1998.

Arendt, H. *Como cuesta la pobreza de las mujeres: una perspectiva de Latinoamérica y El Caribe*. UNIFEM. México

Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Banco Mundial Washington D.C. 1993

Banco Mundial, *Indigenous People and Poverty in Latin America*. Washington D.C. 1994

Censos Nacionales 1995. *Cifras oficiales Preliminares*. República de Nicaragua. INEC. 1995

Cisp-ve. *Proyecto de rehabilitación del municipio de Waspam*. 1999.

Constitución de la República de Nicaragua

Cox, A. *Cosmovisión de los pueblos de Tuluwalpa. Según relato de los sabios ancianos miskitos*. URACCAN. Bilwi. RAAN. 1998.

Cunningham, M. *La identidad de los Pueblos Miskitos. La voz de los hijos del Wangki*. Fundación Wasnki Luphia. Waspam. Río Coco. 1996.

Cunningham, M. et.al. *Medicina tradicional en Comunidades Indígenas miskitas del Río Coco*. Fundación Wangky Luhpia. Waspam Río Coco. RAAN. Agosto 1994.

Dien S., y C. Coloma. *Los pueblos indígenas y la salud. Documento Base*. Seminario Taller, 1993. Wininpeg, Canada.

DIREPI.

DRP/ URACCAN/SLE/GTZ/MARENA/BOSAWAS. Informe inédito.

Estatuto de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua

Espinoza, J., M. Moraga y M. Cunningham. *Perfil de salud en comunidades seleccionadas del Río Coco*. RAAN. 1995. CIES, Managua 1995

Fundación Wangki Luhpia. *Medicina Tradicional en comunidades miskitas del Río Coco*, RAAN 1995

Gobierno Regional Autónomo RAAN. *Políticas para la creación de un fondo especial de desarrollo y promoción social*. Bilwi 1995

Gobierno Regional Autónomo RAAN. *Diagnostico global de la situación agro-socio-económico y líneas estratégicas para el desarrollo de la RAAN*. Bilwi. Febrero 1999.

Gorostiaga, X. *La Universidad: preparando el Siglo XXI*. Envío 138 Junio 1993

Quintana, M. E. *URACCAN. Estudio sobre situación social y respuesta social*. Mayo, 1998.

Hooker, A. *Conferencia sobre el proceso de descentralización de la administración de salud*. Bilwi, RAAN 1996

Li ... A. *Informe Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo RAAN. Informe 1996 - 1998*. Bilwi. Mayo 1998.

Kroeger, A. y R. Luna. *Atención primaria en salud Principios y métodos*. Organización Panamericana de la Salud. PAX. México . 1992

Law, M.A. *Programa de desarrollo de; sector salud en la RAAN, Premisas, marco y estrategia*. Gobierno de la RAAN. Puerto Cabezas, Nicaragua, 1995

Li lamni tasbaika kum-CNS USAID MARENA. ADEMSCUM. SEA.

Mapa de pobreza. FISE.

*Memoria II. Encuentro Continental*. Campaña 500 años de Resistencia indígena y Popular. 7-12. Octubre 1991. Quetzaltenango, Guatemala.

*Memoria III. Encuentro Continental*. Campaña 500 años de Resistencia indígena, negra y Popular. 7-12. Octubre 1992. Managua.

MINSA-Nicaragua. *Política Nacional de Salud*. 1997-2,002.

Moraga, Espinoza y Cunningham. *Perfil de Salud en comunidades seleccionadas del Río Coco*. 1994.

Moraga, F., S. Amador, M. González. *Factores condicionantes de la autogestión comunitaria, una perspectiva a partir de la comunidad*. Acción Médica Cristiana Managua, 1995

Modelo de Salud de la RAAN. URACCAN, 1998.

Ministerio de Salud, *La Reforma del sector Salud*, MINSA Nicaragua 1994

Pineda, A. *El Impacto de las reformas del Sector Salud sobre los pueblos indígenas de Nicaragua*. inédito.

VERDONK. *Primera encuesta de desnutrición en el Río Coco*. RAAN. Médicos sin Fronteras. Mayo 1999.

Programa de Capacitación CRA-ASDI-IPADE. *Diagnóstico de la situación de; aprovechamiento de los RRNN...* Puerto Cabezas 1995

República de Nicaragua, *Ley 281 Estatuto de Autonomía*. -Gaceta Diario Oficial 1987

Organización Panamericana de la Salud. *Salud de Pueblo Indígenas*. Washington.DC.

TNC/MARENA/USAID. *Estudio sobre tradición oral*. 1998.

Rupilius, P. y A. Hooker. *Situación de Salud en la RAAN: Modulo de capacitación para miembros del Consejo Regional Autónomo*, Bilwi - RAAN 1996

SILAI-RAAN. *Programa materno infantil*. 1996.

Smutko, G. *La presencia capuchina entre los miskitos. 1915-1995*. URACCAN/Vice Providencia de los Capuchinos de America Central y Panamá. COVAO. Caretago, Costa Rica. 1996.

UNICEF, *La iniciativa de Bamako, Reconstrucción de los Sistemas de Salud*

URACCAN *updated*. Diciembre 1998.

USAID. *Nicaragua 2000. Retos para el desarrollo de una sociedad estable, democrática y próspera*. Managua, Nicaragua. 1995

Wilson, J. *Historia de la Iglesia Morava en Nicaragua*.

Williamsom, D. *Breve descripción de indicadores en la Regiones Autónomas*. Estudio inéditos. 1999.

Williamson, D. *El gobierno regional autónomo de la RAAN*. 1999.

## Anexo # 2

## G L O S A R I O

## ALISTAR

AMC	Acción Médica Cristiana
Baho	Baño de vapor
Bosawas	Composición del río Bocay, del cerro Saslaya y del río Waspuk
Cefalea	Dolor de Cabeza
CEPAD	Centro Ecuménico para Ayuda al Desarrollo
CONADES	Centro para la Conservación de la Naturaleza y el Desarrollo Sostenible
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
Endógeno	Que se forma en el interior
Etéreo	
Exógeno	Que se forma en el exterior
FADCANIC	Fundación para la Autonomía y el Desarrollo de la Costa Atlántica de Nicaragua
FURCA	
FWL	Fundación Wangki Luhpia
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agencia Alemana de Cooperación Técnica)

## ANEXO 1.

### LISTA DE GRUPOS FOCALES

- Esteban Wilson  
Agricultor y Anciano dentro de la Iglesia  
Comunidad, Kitaski
- Tasiano Muñoz Jonhson  
Secretario de Estudio y Estudiante  
Comunidad, Raiti.
- Marcos Martinez Finley  
Secretario Comunal  
Comunidad, Klisnak
- Simeon Navas  
Agricultor  
Comunidad, Kring Kring
- Johana Francis  
Ama de Casa  
Comunidad, San Carlos
- Jose Wellington Cruz  
Guardabosques  
Comunidad, Andres Tara
- Sanono Lino Poveda  
Agricultor  
Comunidad, Sang Sang
- Mauricio Padilla  
Maestro  
Comunidad, Pilhpilia
- Norberto Hunter Padilla  
Consejo Cosultivo en la Cuenca Media  
Comunidad, Krasa
- Myrtha Bency  
Ama de Casa  
Comunidad, San Carlos
- Antonia Satlan Barrow  
Ama de casa  
Comunidad, Sausa

- Angel Francisco Rodriguez  
Motorista  
Comunidad, Siksa Yari
- Jose Dixon Willy  
Co- Pastor  
Comunidad, Karrisal
- Eduardo Sanders  
Comunidad, Asang
- Jimmy Kiata  
Lider de Salud  
Comunidad, Cocal
- Leonel Teofilo  
Estudiante de URACCAN  
Comunidad, Casa Sola II
- Ramiro Martinez  
Estudiante URACCA  
Comunidad, Krin Krin
- Nilio Wilson  
Agricultor  
Comunidad, Linda Vista
- Aura Lina Ramos Bency  
Ama de Casa  
Comunidad, Santa Isabel
- Eduardo Juarez Martinez  
Lider de Salud  
Comunidad, Klisnak
- Ceferino Carlos Pekitle  
Lider  
Comunidad, Arandak, Rio Lakus
- Silvania Frank  
Maestra de Pre-escolar  
Comunidad de Santo Tomas de Umbra



- Evelio Padilla Velasquez  
Promotor de Salud  
Comunidad, Santo Tomas de Umbra
- Ronald Picado Salgado  
Guardabosques  
Comunidad, Wailanka
- Javier Marcelino  
Guardabosques y Agricultor  
Comunidad, Tulingbila
- Blanca Rosa Bobb  
Estudiante  
Comunidad, Asang
- Marjorie Lopez Stony  
Maestra de Escuela Dominical  
Comunidad Santo Tomas de Umbra
- Ella Padilla Velasquez  
Agricultor  
Comunidad, Namahka
- Joshep Lacayo  
Agricultor y Responsable de las Directivas sobre Desarrollo Sostenible  
Comunidad, Santa Isabel
- Victor Salgado  
Coordinador de la Comunidad, Raiti
- Norberto Gody Jarquin  
Coordinador  
Comunidad, Karisal
- Micaela Zavala  
Coordinadora de Grupos de Mujeres  
Comunidad San Esquipula
- Mariela Pantin  
Curandera  
Comunidad, San Carlos
- Badisio Saballos  
Maestro  
Comunidad, Amaki

- Humberto Padilla  
Promotor de Salud  
Comunidad, Wiwinak
- Fidel Lacayo  
Maestro  
Comunidad, Andres Tara
- Cesar Samuel  
Pastor Moravo  
Comunidad, San Carlos
- Elmer Lopez  
Agricultor  
Comunidad, Florida
- Javier Marcelino  
Agricultor  
Comunidad, Tulinbila
- Jose Facundo Godoy  
Comunidad, Sumapipi
- Jose Dixon  
Comunidad, Karrisal
- Juan Herrera  
Agricultor  
Comunidad, San Pedro
- Jose Wellington Cruz  
Comunidad, Andres Tara
- Seferino Carlos  
Comunidad, Arandak
- Estela Guitierrez  
Comunidad, Suaksuaka
- Simon Bodden  
Comunidad, Sang Sang
- Yolanda Perez  
Comunidad, San Carlos

- Johana Francis  
Comunidad, San Carlos

- Elmer Marshall  
San Carlos

- Cesar Samuel  
San Carlos

- Rita Bell  
San Carlos

- Josefa Bell  
San Carlos

- Reymundo Hunter  
San Carlos

- Natalia Wilson  
San Carlos

- Marcela Panting  
San Carlos

Myrta Bensi  
San Carlos

- Yolanda Perez  
San Carlos

- Johana Francis  
San Carlos

- Elmer Lopez  
Florida

- Aristides Lopez  
Florida

- Alfredo Manzanarez  
Bodega

- Badisio Saballo  
Amakik

- Soriano Lino  
Sang Sang
- Eduardo Flores  
Raiti
- Victor Salgado  
Raiti
- Tacinia Muños  
Raiti
- Ronald Picado  
Walalika
- Nidio Wilson  
Linda Vista
- Domingo Maybell  
Santo Tomas
- Davis Stanley  
Santo Tomas
- Leandro Pikinthle  
Santo Tomas
- Josep Lacayo  
Santa Isabell
- Rosalina Ramos  
Santa Isabel
- Jummy Kiata  
Cocal
- William Richard  
Tulinkara
- Estela Gutierrez  
Suaksuaka
- Lastenia Jonas  
Tulankira

- Eduardo Sander  
Asang
- Papilo Baptis  
Waspuka
- Eduardo Salgado  
Waspuka
- Jose Facundo Godoy  
Sumapipi
- Eledeo Padilla  
Nahamaka
- Angel Francisco  
Siksayari
- Mikaela Sabala  
San Esquipulas
- Fidel Lacayo  
Andres

## ANEXO II

Entevista con el Dr. Carlos Cuadra, Sub Director del SILAIS de la RAAN

---

Entrevistas Dr. Carlos Cuadra.  
Sub Director del Silais.

**¿Que proporción del gasto del estado es gasto de salud en la RAAN?**

Realmente la proporción del gasto de salud en relación a las otras instituciones no lo conozco, realmente no se cuanto es el presupuesto de cada una de las instituciones, lo que si puedo decir es de el contexto político de la región.

Realmente el SILAIS y el cargo como tal es un cargo político que esta influenciado básicamente por el partido que esta en el poder, lógicamente que el Silais obedece al NIVEL CENTRAL desde el punto de vista de las políticas nacionales de salud, obedece prácticamente al contexto político que se esta haciendo dentro del marco de la politica nacional pero que esta muy ligado estrechamente a las variaciones políticas que se dan en la región.

60% de cobertura y algunos municipios andan como el 30% de cobertura, con respecto a los otros grupos sociales no existe ninguna política, por ejemplo: el grupo de los buzos ellos están desprotegidos pero actualmente el ministerio de salud ha hecho que se tome en cuenta una serie de condiciones para que el buzo pueda ejercer su profesión, y esto a involucrado a otras instituciones por ejemplo: el ministerio del trabajo y las empresas pesqueras pero que ha pasado Realmente porque no existe un presupuesto y a las empresas no les conviene. Realmente se han desinteresado en este sector como les digo los resultados son desde el punto de vista de la intención son buenas pero ya del programa como tal ha sido no satisfactoria.

### **¿Cual cree usted que sean los problemas mas sentidos en la región.?**

La respuesta se pueden englobar en 3 grandes aspectos.

Yo considero que el problema que tiene que resolver a mediano plazo es el problema de la Autonomía. Si no se apropian de lo que es la Autonomia como la palabra lo dice realmente esta región va quedar o va estar subdesarrollada por mucho tiempo.

El problema de la salud, si no existe un pueblo sano no puede desarrollarse y además de eso los recursos en salud todavía no son los suficiente para poder brindar una atención integral en salud.

Seria el problema de la educación. Sin educación no se puede formar recursos, no pueden ser los administradores de sus propios recursos. Considero que este es un aspecto muy importante donde se debe de ahondar y que las universidades asuman un papel mas beligerante en este aspecto y que las carreras sean de acuerdo a los problemas que hay aqui y que se oriente de una forma objetiva a resolverla y lo otro que hay que resolver urgentemente es la pobreza pero es una pobreza relativa por que aqui la región produce como decia antes una serie de insumos para que la población pueda sobrevivir de una manera mas digna pero si no resuelven el problema de la autonomia la pobreza se va agudizar mas.

### **¿Los problemas que hay en la cuenca media?**

Esto se refiere creo a la que es el sector del río Coco ya le mencionaba.

1-. La accesibilidad geográfica hay que, la única vía por la cual se accede a cuenca media es a través del río y es por agua.

2-. Los problemas de salud problema económico y sobre todo en algún momento e históricamente se daba problema serio ahorita es los rearmados, pero el problema no son los rearmados el problema es la crisis social que hay y esta es una expresión de cómo la gente tiene que buscar como sobrevivir, si esta gente tuviera los elementos las herramientas las semillas para poder cultivar la tierra yo le aseguro que este problema se terminaria además de eso con un acopio adecuado de las cosechas se puede ir revistiendo esta situación, es por eso que se hace necesario la intervención oportuna de los proyectos pero que tengan ese objetivo, no que sean creados apalear realmente momentáneamente



---

### **¿Es la pobreza un problema grave en la región.?**

Considero que sí. Porque realmente el índice de desempleo que hay aquí en la región es grandísima ni comparado con la región del pacífico. He esto si lo podemos ligar el aspecto sanitario, no podemos nosotros como ministerio de salud. Estar al margen de lo que realmente se esta viviendo dentro del país, no podemos nosotros exigirle a la gente por ejemplo: Una política sanitaria, que se laven las manos, abecé ni siquiera tienen para comprar el jabón o exigirle por ejemplo: que tengan que hervir el agua si ni siquiera tienen acceso al agua saludable por eso creo que es una responsabilidad de cada uno de los representantes de las instituciones y sobre todo aquellos que están ligados a las exportación sobre todo de mariscos, a la exportación de madera que los recursos de esta región produce realmente que retorne alguna parte hacia la región. Esto lógicamente que se ve, desde el punto de vista el grupo mas afectada realmente son a gente de las comunidades en área rural donde la accesibilidad para los servicios de salud son bien limitadas igual para cada uno de los alimentos que tienen que buscar. Los grupos mas afectados piensan que en general la mayoría son miskitos y que los niños realmente son los que sufren encarne propia desde le punto de vista de alimentación con los grados deshidratación en que se encuentra y esto en el sector del rio Coco por ejemplo con respecto a los trabajadores eventuales pues considero de que como le digo esto es una crisis nacional y que por ende aquí se ve mas agudizada esta situación económica.

### **¿Existe en la región, política sociales dirigidas hacia los grupos vulnerables.?**

NO, NO, la respuesta es NO como grupo históricamente dentro de lo que el ministerio de salud ha hecho ha sido priorizar al grupo de la madre y niño en este caso los grupos que sobre todo por ejemplo: en el caso de las madres todo lo que está dirigido a disminuir es la morbi mortalidad materna y toda su organización está basada en prevenir las muertes maternas igual en donde se toman como estrategia la participación de cada uno de los comunitarios así como la red de auxiliares de salud igual como todos el personal médico y paramédicos que existen, realmente los resultados que se tienen sobre todo en este programa a sido minimos porque con las condiciones que tiene la región no permite una vigilancia adecuada de la mortalidad materna igual sucede con el grupo vulnerable que son los niños, y sobre todo lo que se ha hecho en este grupo es dirigido o esta dirigida las políticas a todas las enfermedades inmunoprevenibles pero que sucede toda la articulación de esta red todavía está poco desarrollada porque, ~~porque~~ no existe una red de frio por ejemplo, el sector del rio Coco en el sector de Prinzapolka para que se puedan conservar vacunas y hacer una sistematización de las vacunas lo que se hace generalmente es en la jornadas entrar vacunar pero incluso hay comunidades que en este momento prácticamente vulnerable a cualquier enfermedad inmunoprevenible porque a veces ni siquiera se a podido entrar a esas comunidades.

### **¿Participa el sector salud en dichas estrategias.?**

Bueno yo creo que si como le decía es una responsabilidad del estado pero los resultados que se han obtenidos son bajos porque actualmente con las coberturas por ejemplo en setos programas andamos sobre todo por ejemplo de inmunoprevenibles alrededor del

---

sino de que cada proyecto lleve el objetivo de autosostenibilidad que sea la población la que se apropie del proyecto, y no el proyecto que se llegue a apropiarse de la población a imponerle una serie de costumbres desconocidas que al fin y al cabo quedan obsoletos.

### **¿Los problemas mas sentidos por la población?**

Yo creo que esto en general ya se a abordado y considero que se tiene que reflexionar al respecto.

### **¿Qué proyecto ejecuta conjuntamente el MINSA con algún organismo no gubernamental?**

Actualmente en la cuenca media específicamente allí está trabajando Acción Médica pero además de eso está trabajando BOSAWAS en el aspecto del medio ambiente y del cuidado de la tierra, Acción Médica apoya en el aspecto de lo que es la salud pero en la actualidad en general el movimiento de salud tiene aprobado un proyecto por parte de la OPS para el desarrollo de la mosquitia honduronicaraguense que es aproximadamente un proyecto que va a durar 3 años y que tiene un costo aproximado de 6 millones de dólares; actualmente hemos recibido información con la reciente inauguración con el proyecto Guanki que ahora se llama Waspan tiene un componente de salud que todavía no se ha discutido.

Otro de los proyectos que se va a ejecutar este próximo año 99 realmente inicia en diciembre pero comienza en el 2,000, es uno con la comunidad económica Europea y es un proyecto de fortalecimiento para el Silais de la RAAN, Jinotega, Matagalpa y Bluffields y un proyecto de 14 millones de dólares, también un proyecto que va por 3 años, dentro de los otros proyectos que se están ejecutando está por ejemplo el de la implementación del modelo de salud en la RAAN que es un proyecto conjunto con el Ministerio de Salud, URACAN y el Gobierno Regional, en todo caso la comisión de salud del Gobierno Regional otro proyecto es el que ejecuta G V C que apoya directamente el fortalecimiento del sistema de vigilancia y además apoya las brigadas médicas que están en el sector de Río Coco las brigadas cubanas y el proyecto que se está ejecutando en el FENUAP que realmente a tenido un impacto un poco considerable pero que también se está ejecutando.

### **¿Que piensa usted sobre la medicina tradicional ?**

Bueno yo considero que la medicina tradicional a sido y seguirá siendo una forma de sobrevivir de las comunidades de la gente creo que el hombre en la actualidad se a dado cuenta que el destruir la naturaleza que el alejarse de ella lo perjudica por eso que en la actualidad se está tratando de rescatar todos estos valores y pienso que nuestros indígenas, nuestros antepasados sobrevivieron a las adversidades utilizando la medicina natural yo considero que se debe rescatar en su integridad y darle el valor real que tiene promoviendo su uso, promoviendo sus indicaciones y haciendo su estudio que fundamenten cada uno de las yerbas que se utiliza, abecé se podrá hablar mucho de medicina tradicional pero lo que no está fundamentado estadísticamente existe

---

deserticismo con respecto a la practica pero por ejemplo sabemos las propiedades antihipertensiva que tiene la Toronja. Todo en algún momento que nos hemos tomado un fresco nos baja la presión pero donde esta el estudio no hay ningún estudio que lo fundamente que se diga con cuantos pacientes según las variables que se tengan que ver según las dosis las cantidades esa fundamentación estadística es muy importante para implementarla y así de esa forma ir rescatando la medicina tradicional.

### **¿Que pienso sobre los lideres, agentes comunitarios?**

Pienso que los lideres comunitarios obedecen a un tipo de organización social y que esto ha sido transmitido de generación en generación. Entre los lideres comunitarios realmente ellos no nacen ellos los hacen la misma comunidad ellos ven la necesidad de tener a alguien que los representen para poder hacer peticiones y eso obedece al tipo de organización social, creo que son elementos claves dentro de la organización comunitaria y que son unos de las piedras angulares donde se tiene que trabajar para el tipo de proyecto que uno quiere hacer si uno quiere incidir sobre un comunitario se lo tiene que hacer de manera estratégica para que el pueda influir sobre el resto de la población y considero que se debe de estimular con las capacitaciones a cada uno de estos elementos muy importante entre la organización de la comunidad.

### **¿Como afecta al sector salud la violencia?**

Esta es una pregunta como le decía tiene que ver con los aspecto sociales que están inmerso el sector salud. Lógicamente que si dentro del ámbito social existe violencia existen heridos, existe todo tipo de abuso hacia las personas al final si esta herido tendrá que ir a un centro de salud o ha un hospital y eso genera gastos, pero no tan solo es desde el punto de vista de la violencia del tipo físico sino de la violencia del tipo de vista sociológico que se puede ejercer sobre las personas y de una manera directa e indirecta se afecta a las personas, problemas de salud por ejemplo a nivel nacional y que ya es algo importante es el suicidio no es mas que una respuesta ante una situación dada y cual es la situación que no existen alternativas de trabajo y eso es violencia también porque esta negándole a alguien el derecho a trabajar de una forma u otra la violencia intrafamiliar la que se genera las mujeres consultan o a veces ni siquiera van donde el médico para que les den una pastilla sino sencillamente para hablar con alguien y decirles la tragedia que están viviendo. Considero de que la violencia debe ser tratada en su integridad y ver cada uno de los elementos que se están desencadenando y de esta forma dar una respuesta.

Aquí en la Región por ejemplo hacen falta psicólogos, hacen falta psiquiatras para que den una respuesta a todas estas consecuencias que se tienen de la violencia.

### **¿En el área económica del gobierno es visto el sector salud como un sector exclusivo o predominantemente gastador?**

No, generalmente el gobierno asume su responsabilidad desde el punto de vista de salud pero en lo que actualidad se esta viendo o se esta tratando de ordenar es que el Ministerio de Salud sea el ente regulador en todo los aspectos de salud que no sea porque

---

la estructura del Ministerio y al final no le da una dependencia del sector del pacifico formando a especialista de esta forma se puede ir quitándole el ombligo o cordón umbilical de la región del pacifico.

**¿Cual es el grado de implementación en la RAAN de la estrategia de desarrollo de los SILAIS?**

Como le mencionaba hasta el momento ninguna, lo que si le menciono es de que la Comunidad Económica Europea a través de ese proyecto viene el proyecto de fortalecimiento de los SILAIS es un proyecto integral para Jinotega, la RAAN, la RAAS, Rio San Juan y Matagalpa. Con este proyecto realmente es darle una mayor autonomia a los SILAIS hacer efectiva la descentralización y tratar de apoyar en lo que mas se pueda a los municipios, le mencionaba a demás de que es un proyecto por tres años y es de 14 millones de dolares. con este proyecto creo que si se va poder fortalecer el sistema locales de atenciones de Salud.

**¿Cual es el roll de los ciudadanos o grupos de autocuidado?**

Bueno realmente aquí desconozco estos grupos de asociaciones realmente no podria dar esta respuesta.

**¿Cual es el grado de liderazgo del MINSA y de su titular en la formulación de problema de Salud, diseño de su estrategia de solución y la orientación de los problemas de servicio?**

Creo que en este aspecto el Ministerio de Salud, prácticamente a perdido esa visión o esa rectoria que debe ejercer sobre el resto de instituciones prestadoras de servicio i realmente no se va a implementar por falta de presupuesto he allí donde está el dilema tenemos una gran brecha de recursos tanto económico como humano que no se puede solventar en este momento.

**¿Cuales son las principales agencias de cooperación bilateral, cuales son sus principales proyectos?**

Realmente creo que esta pregunta y la # 20 y la 22 están relacionadas con el Consejo Regional Autónomo creo que voy a pasar a la pregunta # 23

**¿Existen programas y planes de Salud? ¿ Cuáles son sus objetivos? ¿Qué indicadores de logro y plazos?**

Si en la actualidad contamos con un plan de salud en donde están definida cada una de las estrategias están definidas sus objetivos pero el presupuesto no se ajusta para la implementación de este plan de salud. Ya le mencionaba que por ejemplo uno de los elementos que se deben tomar en cuenta para tener un buen plan de salud es elaborar el plan, identificar los problemas, elaborar el plan, supervisar y monitorear, en la actualidad por ejemplo se hacen solamente una o dos supervisiones en el año a cada uno de los

---

municipios. Entonces, ¿porqué?, Por la falta del presupuesto.

**¿Tiene el SILAIS algún proyecto para la cuenca media del río coco? Si es así, cuáles, de largo o mediano plazo?**

Si, ya le mencionaba que están los proyectos de Acción Médica Cristiana, esta el de BOSAWAS, y este... no hay otro más.

**¿Existen situaciones de inestabilidad o violencia políticas? Si es así como afecta al sector salud?**

Si, generalmente como mencionaba en algunas de las respuestas de las otras pregunta el asunto es que en la actualidad existe mucha inestabilidad en el cargo laboral por la cuestión política, se tiene que tener mucho nexo con el partido para poder ejercer tu cargo, esta lo ves desde el punto de vista solamente de la representación política, no hacen una valoración técnica de las capacidades que tiene la persona que esta en el cargo y, aun que sea muy capaz si no es del partido realmente está afuera, esta situación crea mucha inestabilidad porque hay personas que se sienten mal ante esta situación y es lógico y natural.

**¿El país forma parte de alguna agrupación sub regional o zona de libre comercio?**

Hay estudios sobre repercusiones sobre el conjunto de las políticas sociales están referidas al sector salud o de algunos principales componentes.

Bueno, aquí realmente no considero que existe alguna agrupación subregional en el aspecto de salud hasta el momento no tengo ninguna información al respecto pero lógicamente que esta es una estructura orgánica que ha obedecido desde hace, el SILAIS por ejemplo y que ha sido una de las políticas a nivel nacional y creo que es una de las mejores formas de dar respuesta a los problemas de salud pero si existe alguna agrupación subregional o zona no lo considera.

Aquí dice una agrupación subregional o zona de libre comercio, yo creo que se esta refiriendo mas bien al sector del comercio del barrio o del mercado San Jerónimo esa es parte como decía de la estructuración y de las leyes que se ejercen o que no se ejercen aquí en la región si existieran realmente leyes que pudieran contralor esto, realmente seria beneficioso para la población, el país a optado la estrategia desarrollo humano más ambiental sostenible creo que no. Se hace una cosa y se dice otra por ejemplo con el aspecto de los bosques se dice que hay que conservar los bosques que no hay que explotarlo, que no hay que sacarle la madera, al final vienen los permisos orientados desde nivel central desde Managua y lo que por ejemplo en la actualidad BOSAWAS la reserva natural está siendo saqueada por los matagalpinos y donde queda el pulmón? de Nicaragua realmente toda esa madera y ese dinero tiene destino dudoso.

**¿La pobreza se percibe como un problema político?**

Si, si el gobierno que esta en el poder no percibe que la pobreza es un problema para ellos, realmente nunca le van a dar respuesta y esto sucede con cualquier gobierno y ha sido historia de Nicaragua, todo los gobiernos que han pasado al final cuando estan en el

## GLOSARIO

ALISTAR	ONG Nacional que atiende de poblaciones Indigenas en el alto Coco.
AMC	Acción Medica Cristiana
Baho	Baño de pavor
BOSAWAS	Composición del río Bocay, del cerro Saslaya y del río Waspuk.
Cefalea	Dolor de cabeza
CEPAD	Centro Ecuménico para Ayuda al Desarrollo
CONADES	Centro para la Convención de la Naturaleza y el Desarrollo Sostenible
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
Endógeno	Que se forma en el interior
Etéreo	Clasificación de los grupos poblacionales por edad.
Exógeno	Que se forma en el exterior
FADCANIC	Fundación para la Autonomía y el Desarrollo de la Costa Atlántica de Nicaragua.
FURCA	Fundación por la Unidad y Reconstrucción de la Costa Atlántica.
FWL	Fundación Wanki Luhpia (Hijos del Rio Coco)
GTZ	Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (Agencia Alemana de Cooperación Técnica)

---

poder se olvidan de la gente y no se preocupan por resolver los problemas. Si existiera suficiente empleo, considero de que la gente viviria un poco mejor

**¿La lucha contra la pobreza es una prioridad gubernamental?**

Si, creo que si, creo que la organización de esto tiene que ver con la visión política del plan de gobierno que tiene cada uno de los gubernamentales

**¿El sector salud es visto como un sector exclusivamente predominantemente dictador en el área económico del gabinete?**

Esta pregunta y ha sido respondida.

Bueno creo que algunas de las preguntas están repetidas y espero que esta información sea lo sanamente utilizada para fines de estudio o fines de proyectos pero no con la finalidad política.

## GLOSARIO

ALISTAR	ONG Nacional que atiende de poblaciones Indigenas en el alto Coco.
AMC	Acción Medica Cristiana
Baho	Baño de pavor
BOSAWAS	Composición del río Bocay, del cerro Saslaya y del río Waspuk.
Cefalea	Dolor de cabeza
CEPAD	Centro Ecuménico para Ayuda al Desarrollo
CONADES	Centro para la Convención de la Naturaleza y el Desarrollo Sostenible
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
Endógeno	Que se forma en el interior
Etéreo	Clasificación de los grupos poblacionales por edad.
Exógeno	Que se forma en el exterior
FADCANIC	Fundación para la Autonomía y el Desarrollo de la Costa Atlántica de Nicaragua.
FURCA	Fundación por la Unidad y Reconstrucción de la Costa Atlántica.
FWL	Fundación Wanki Luhpia (Hijos del Rio Coco)
GTZ	Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (Agencia Alemana de Cooperación Técnica)



Anexo IV

Mapa de Cuenca Media del Rio Coco o Wangki

[illegible]

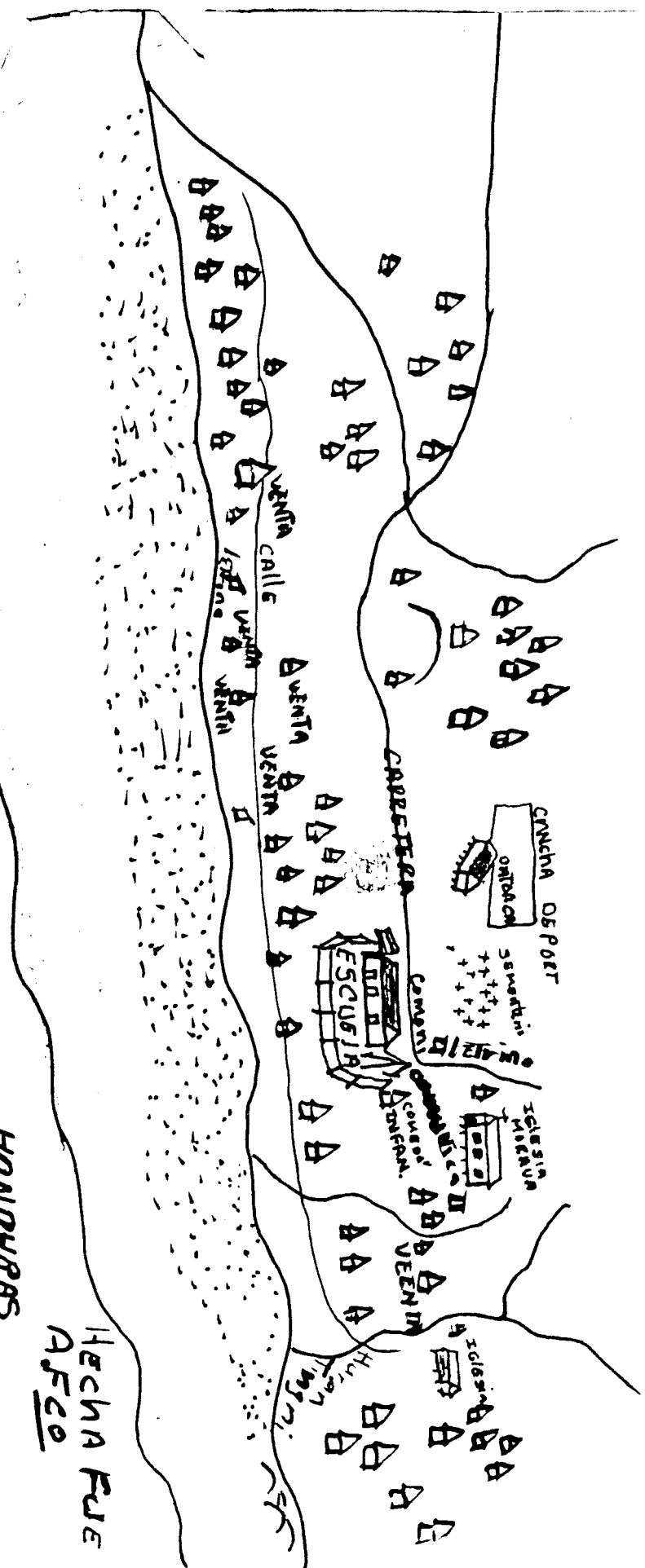
Anexo V

Mapas de Vulnerabilidad de algunas Comunidades de la Cuenca Media del Rio  
Coco o Wangki.



Sikavari  
 Tiene 928 habit.  
 187 Familia

# MAPA DE SIKAVARI



HONORABLES

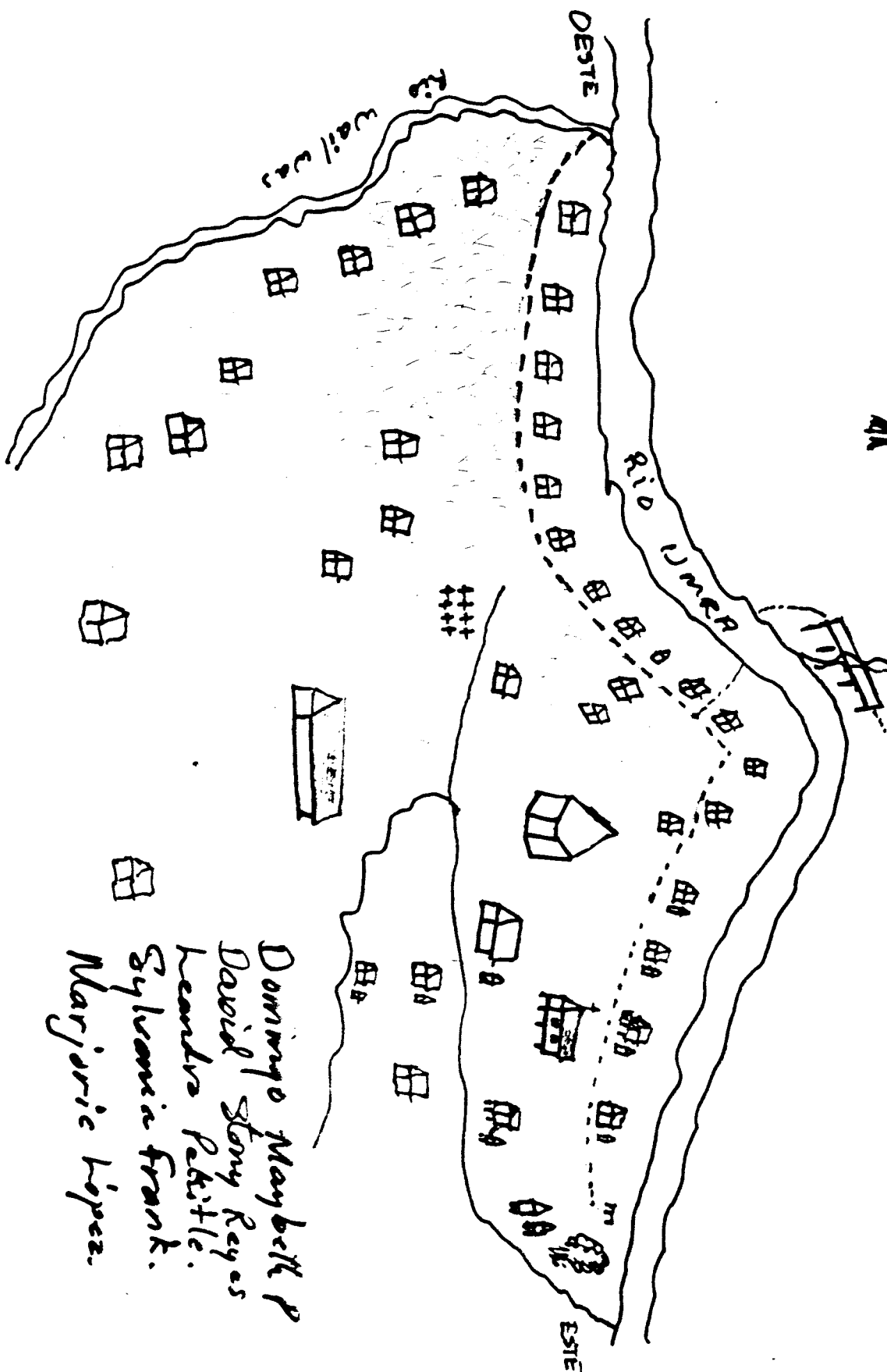
Hecha Fue  
 Afco

# Comunidad de S. Tomas R/L



NORTE

camino a San Carlos.



Domingo Maybelle P  
David Stony Reyes  
Leandro Petittle.  
Sylvanica Frank.  
Marjorie Lopez.

SUR

# MAPA DE COM. ANDALUZ



WASPIK HA

MECHO POT  
Eduardo Salgado

PARTE 1

PARTE 2

MECHO POT  
Eduardo Salgado

LEPUNA

RID  
WASPIK







La comunidad  
 de Anoris Tara  
 y su  
 Mapo.

Elaborado por  
 el prof.  
 F. L. L. A. P. O. R. T. A.

